

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

ADAPTAÇÃO DA ESCALA DO CONFORTO TÉRMICO PARA A
POPULAÇÃO PORTUGUESA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:
Professora Doutora Teresa Martins

Co-orientação:
Mestre Isaura Carvalho

Ana Catarina de Freitas Martins

Porto | 2015

“ O conforto é algo a que os seres humanos querem aceder desde que nascem. É por isso que uma criança pára de chorar quando um joelho ferido é beijado, ou um doente idoso se acalma quando é tocado na mão ou ouve palavras delicadas”

Malinowski & Stamler (2002)

AGRADECIMENTOS

Aos orientadores deste projecto e desta caminhada, Professora Doutora Teresa Martins e Mestre Isaura Carvalho, pelo apoio e disponibilidade demonstrada, bem como pelo convite para fazer parte deste projeto tão inovador para a enfermagem.

Aos meus pais por me terem apoiado e incentivado neste percurso formativo, bem como, terem aturado o meu mau humor nas fases mais cansativas deste caminho.

Ao meu irmão e à minha cunhada por me terem animado e me terem ouvido nas piores fases desta caminhada. Quero agradecer, especialmente, ao meu irmão por ao longo do tempo ter sempre as palavras certas no momento exato.

À minha restante família pelo carinho ao longo dos meses.

À minha colega Carmen Gomes, que juntamente comigo percorreu esta caminhada e me apoiou nos momentos mais difíceis.

Aos participantes do estudo, pela generosidade e disponibilidade com que partilharam comigo as suas experiências e participaram no estudo.

Ao Hospital de Braga, à Enfermeira Diretora Fátima Faria, à Enfermeira Maria José Campinho e à Enfermeira Manuela Ramos pela oportunidade de poder aplicar o estudo nos serviços de Medicina Interna, bem como, pelo incentivo e apoio neste percurso.

Aos meus colegas do serviço de Medicina Interna que directamente me inspiraram e que toleraram os meus acessos de mau humor e de menor disponibilidade, mas que me ajudaram a conseguir conciliar a minha vida profissional com a minha vida formativa.

ABREVIATURAS E SIGLAS

DP – Desvio padrão

EA – Escala da ansiedade

ECG – Escala do conforto geral

ECT – Escala do Conforto Térmico

EDAH – Escala da depressão e ansiedade hospitalar

EVAA – Escala visual-analógica da ansiedade

EVCT – Escala Visual do conforto térmico

IBM – *International Business Machines*

ICN – *International Council of Nurses*

IMC – Índice de massa corporal

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCPA – Unidade de cuidados pós-anestésicos

INDICE

INTRODUÇÃO	15
1. CONFORTO ENQUANTO ALVO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	19
1.1. Teoria de Médio Alcance do Conforto de Kolcaba	22
1.2. Conforto Térmico enquanto Foco de Atenção	25
1.3. Características Psicométricas dos Instrumentos	28
2. MÉTODO	31
2.1. Pertinência e Finalidade do Estudo	32
2.2. Desenho do Estudo	33
2.3. Participantes	33
2.4. Material	34
2.5. Procedimento	36
2.6. Estratégia de Análise dos Dados	39
2.7. Considerações Éticas	40
3. RESULTADOS	43
4. DISCUSSÃO	49
CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	63
ANEXO 1: Instrumento de colheita de dados	
ANEXO 2: Subescala da Ansiedade Hospitalar e Escala Visual Analógica da Ansiedade	
ANEXO 3: Escala do Conforto Geral e Térmico (versão experimental)	
ANEXO 4: Escala do Conforto Geral e Térmico e sua Taxonomia	
ANEXO 5: Pedidos de autorização aos hospitais para implementação do estudo	
ANEXO 6: Documentos comprovativos da autorização dos hospitais	
ANEXO 7: Consentimento informado	
ANEXO 8: Documento comprovativo da autorização da autora da escala	
ANEXO 9: Escala do conforto térmico validada para a população portuguesa	

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Itens referentes à ECG e sua taxonomia	36
TABELA 2: Dados sociodemográficos e clínicos da amostra	43
TABELA 3: Escala de conforto térmico: estatística descritiva	44
TABELA 4: Análise dos componentes principais e cargas fatoriais da Escala de Conforto Térmico	45
TABELA 5: Valores da Escala de Conforto Térmico segundo as 3 amostras e valores de ANOVA	46
TABELA 6: Valores de correlação entre a escala do conforto térmico e a escala do conforto geral	47
TABELA 7: Valores de correlações da escala do conforto térmico com a ansiedade, Idade, Escolaridade e IMC	48
TABELA 8: ECT: Médias, desvio padrão e valores do teste t	48

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Diagrama da evolução do conceito de conforto	21
FIGURA. 2: Estrutura taxonómica do conforto segundo Kolcaba	23
FIGURA. 3: Teoria do Conforto adaptada aos resultados de pesquisa	24
FIGURA. 4: Dados clínicos na hipotermia	27

RESUMO

A procura de conforto é transversal a todas as pessoas em qualquer etapa do seu ciclo vital. Porém, em situações de comprometimento da saúde, na presença de uma doença, em situações socialmente vulneráveis ou outras que deixem as pessoas mais fragilizadas, este conceito ganha particular interesse, dado a sua abrangência e aplicabilidade (Ribeiro e Costa, 2012). Segundo Apóstolo (2009), o conforto tem sido reconhecido como um elemento da enfermagem, mas é ainda uma área que necessita de mais investigação.

A teoria de médio alcance de Kolcaba centra o conforto no alvo de ação dos enfermeiros. A autora refere que as intervenções dirigidas ao conforto devem abranger a satisfação de necessidades básicas humanas (o alívio, a tranquilidade e a transcendência). Ao promoverem o conforto, os enfermeiros ajudam os doentes a ultrapassar de uma forma eficaz o momento de transição que possam estar a vivenciar, em particular durante o processo de hospitalização.

O conforto térmico é uma forma particular de conforto, pouco estudado, embora constitua um foco de atenção da enfermagem, valorizado particularmente em contexto perioperatório. Wagner, Byrne e Kolcaba desenvolveram uma escala de avaliação do conforto térmico (ECT) no período perioperatório.

O objetivo principal do presente estudo visou a adaptação dessa escala para o contexto português. A adaptação de instrumentos de medida que promovam uma avaliação fidedigna da condição da pessoa, permitindo ajuizar com segurança e economizar tempo despendido nos cuidados é uma mais-valia no contexto da prática clínica. Neste sentido, desenvolveu-se um estudo de natureza metodológica, com três amostras não probabilísticas de conveniência recrutadas em três locais independentes (um serviço de medicina interna, uma unidade de cuidados pós anestésicos e um bloco operatório de três instituições de saúde do norte do país). Através de uma entrevista, os participantes responderam à ECT adaptada para este estudo, a duas escalas de ansiedade (uma visual analógica e à subescala da ansiedade da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar de Ribeiro *et al.*, 2007), uma escala visual de conforto térmico e a uma escala de conforto geral. Estas

últimas escalas foram alvo de um estudo paralelo, em que, também colaboramos no seu processo. Usou-se ainda um questionário sociodemográfico e clínico construído para o estudo.

Os resultados encontrados mostram que o conforto térmico é uma área valorizada do conforto global, que a idade, condição física e a ansiedade relativa aos procedimentos hospitalares são factores associados ao desconforto térmico. A ECT apresenta uma estrutura bidimensional (dimensão física e dimensão emocional), em que a dimensão física mostra ter maior peso no conforto térmico. Os resultados encontrados permitem ajuizar acerca da validade de constructo, validade fatorial, validade de critério e consistência interna do instrumento de medida. Assim, a ECT parece reunir um conjunto de propriedades métricas para ser aceite e utilizada na prática clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Conforto, Temperatura Corporal, Hipotermia, Psicometria

ABSTRACT

Thermal Comfort Scale Adaptation for Portuguese Population

The search for comfort is transversal to all people at any stage of their life cycle. However, in health compromising situations, in the presence of a disease, in socially vulnerable or others that leave the most vulnerable people situations, this concept get particular interest, given its scope and applicability (Ribeiro and Costa, 2012). According to Apostolo (2009), comfort has been recognized as one of the nursing element, but it's still an area that needs more research.

The theory of medium-range Kolcaba define comfort as focuses to nurse central intervention. The author states that interventions aimed to comfort should include the satisfaction of basic human needs (relief, tranquility and transcendence). By promoting comfort, nurses help patients overcome in an effective manner the time of transition that may be experience, particularly during the process of hospitalization.

Thermal comfort is a particular type of comfort, with little studie but a focus of nursing care, particularly valued in the perioperative period. Wagner, Byrne and Kolcaba developed a rating scale of thermal comfort (ECT) in the perioperative period.

The main objective of the present study aimed to adapt this scale for the Portuguese context. The adaptation of measuring instruments that promote an accurate assessment of the person's condition, enabling judge safely and save time spent on care is an asset in the context of clinical practice. In this sense, we developed a methodological study, with three non-probability samples of convenience recruited in three independent locations (an internal medicine service, a unit of post anesthetic care and operating room three health institutions in the north). Through an interview, participants responded to ECT adapted for this study, two anxiety scales (a visual analog and anxiety subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale of Ribeiro *et al.*, 2007), a visual scale of comfort and an overall thermal comfort range. In two last scales, we also cooperated in another study. It used still a sociodemographic and clinical questionnaire designed for the study.

The results show that thermal comfort is a valued area of the overall comfort, the age, physical condition and anxiety on the hospital procedures are factors associated with thermal discomfort. ECT has a two-dimensional structure (physical dimension and emotional dimension), wherein the physical dimension is shown to have greater weight in thermal comfort. It was possible to judge about the construct validity, factorial validity, criterion validity and reliability of the measuring instrument. Thus, ECT seems to combine a set of metric properties to be accepted and used in clinical practice.

KEYWORDS: Comfort, Body Temperature, Hypothermia, Psychometrics

INTRODUÇÃO

A presente dissertação desenvolvida no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica incide numa área temática de interesse, o conforto térmico, que poderá ser uma mais-valia para a prática de uma enfermagem baseada na evidência. A adaptação de instrumentos de avaliação em saúde que promovam uma avaliação mais fidedigna do doente e que permita economizar o tempo despendido nos cuidados é um contributo importante para uma prática clínica segura.

O presente trabalho teve por objetivo principal a adaptação da Escala de Conforto Térmico (ECT) de Wagner, *et al.* para a população portuguesa. Este tema pareceu-nos pertinente pois não só permitirá um desenvolvimento do conhecimento na área, mas também, a reflexão na formação da prática e da gestão da prestação dos cuidados, numa vertente de melhoria da qualidade dos mesmos.

É importante referirmos que desde Florence Nightingale o conforto é um foco prioritário para a enfermagem. Desde então tem sido alvo de estudo de outros autores e integrado em várias vertentes teóricas e ideológicas. Uma destas teóricas, Katharine Kolcaba, desenvolveu uma teoria de médio alcance, onde o conforto é visto como a satisfação dos cuidados básicos do indivíduo, tais como, o alívio, a tranquilidade e a transcendência (Kolcaba, 1994).

Apóstolo (2009) afirma que, no dia-a-dia, os enfermeiros aplicam o termo conforto na sua linguagem e, no decorrer das suas intervenções, prestam cuidados dirigidos ao mesmo. O mesmo autor afirma que o conforto se encontra ligado à origem e desenvolvimento da profissão. Para alguns autores, o conforto é o único contributo da enfermagem sendo visto como o vínculo para a promoção da saúde, ou seja, promovendo o conforto os enfermeiros estarão a promover a saúde dos indivíduos (Richeson & Huch, Morse e Gropper, cit. por Kolcaba, 1994).

Kolcaba concluiu que intervenções que levam ao conforto dos doentes, apresentam um processo complexo de avaliação de necessidades que nos levarão a resultados (*outcomes*). Assim, o conforto é uma característica distintiva da

profissão de enfermagem, o conceito pode ser utilizado para explicar e prever fenómenos, até mesmo fenómenos psicológicos (Kolcaba, 1994).

Com as contribuições de Kolcaba, o conforto começou a ser visto e operacionalizado em outras vertentes específicas. Destes destaca-se o conforto térmico, especificamente importante em doentes cirúrgicos.

Wagner e seus colaboradores (2006) desenvolveram uma escala de avaliação do conforto térmico em doentes cirúrgicos. Segundo estes autores, a hipotermia tem uma relação direta com o conforto térmico. Quando a hipotermia é detetada numa fase precoce pode ser corretamente corrigida e prevenida as suas sequelas. Assim, um doente que refira desconforto térmico no pré-operatório e que o enfermeiro proceda correta e rapidamente ao alívio da sua queixa, irá apresentar melhores condições no pós-operatório e uma melhor recuperação (Wagner *et al.*, 2006).

Um dos benefícios, descritos por estes autores, em relação à avaliação do conforto térmico e posteriores intervenções na área, é a redução da ansiedade. O doente poderá também apresentar ansiedade no decorrer de todo o processo cirúrgico o que influenciará o seu conforto. A ansiedade envolve um estado emocionalmente negativo e consiste em sensações de tensão, apreensão e nervosismo a nível do sistema nervoso central, variando consoante a intensidade e a própria experiência vivenciada (Wagner *et al.*, 2006).

O estudo empírico realizado apresenta-se como sendo de natureza metodológica e contou com uma amostra não probabilística de conveniência recrutada em três locais independentes (um serviço de medicina interna, uma unidade de cuidados pós anestésicos e um bloco operatório de 3 instituições de saúde do norte do país). Através de uma entrevista, os participantes responderam à ECT, a duas escalas de ansiedade (subescala de ansiedade da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar adaptada para português a partir da versão de Zigmond & Snaith (1983) e uma escala visual analógica de ansiedade) a uma escala visual de conforto térmico, à escala de conforto global (alvo de um estudo paralelo no qual participamos) e a um questionário sociodemográfico.

Quanto à estrutura este documento encontra-se dividido em quatro partes. A primeira parte refere-se à contextualização teórica da temática bem como as características psicométricas dos instrumentos de avaliação. Na segunda parte encontra-se detalhado todo o método utilizado no decorrer do processo, sendo que na terceira parte abordamos a análise dos dados obtidos. Na quarta, e última parte do trabalho, elaboramos uma discussão dos dados obtidos de forma a chegarmos às conclusões pertinentes para o estudo.

Para a construção deste trabalho foram realizadas várias pesquisas bibliográficas, tanto em manuais que abordam as temáticas em questão, bem como, foram consultados artigos indexados à base de dados EBSCO no decorrer de todo o projeto.

1. CONFORTO ENQUANTO ALVO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Ao longo dos anos, o conforto tem vindo a ser estudado por vários autores, sendo que cada um apresenta visões e ideologias diferentes, não permitindo haver uma definição clara sobre esta temática (Siefert, 2002).

Na revisão sistemática da literatura de Ribeiro e Costa (2012) o enfermeiro tem o papel fundamental no cuidar para, numa situação de transição saúde-doença, proporcionar conforto ao doente aquando das suas intervenções. Segundo Collière (cit. por Ribeiro, 2012), o cuidar é importante para a experiência humana, sendo de natureza aberta e determina a forma como cada pessoa se situa em relação à vida, a si próprio e aos outros. É visto como sendo a primeira arte da vida, universal e de todos os tempos, encontrando-se na base dos conhecimentos em geral e no suporte das várias culturas.

Assim, torna-se de fulcral importância identificarmos quais os conceitos sobre o conforto existentes na literatura de forma a podermos definir quais as intervenções de enfermagem mais adequadas para promover o conforto do doente hospitalizado (Figura 1).

Durante o século XX o conforto teve várias definições e foi diferenciando-se consoante a ideologia e linha orientadora utilizada em cada década na educação na área da enfermagem, para além de que foi evoluindo consoante o desenvolvimento tecnológico e implementação de teorias conceptuais em enfermagem (McIlveen e Morse, cit. por Apóstolo, 2009). É importante referir que na segunda metade do século XX o conforto era visto como sendo um fator feminista e de fragilidade da enfermagem opondo-se à ideia da cura associada à medicina. Contudo, vários autores reconheceram a relevância da intervenção de confortar na profissão de enfermagem reconhecendo-o como um *último estado de saúde*, desenvolvendo-se várias bases teóricas nesta disciplina permitindo a perceção deste como *um conceito nobre* (Apóstolo, 2009).

Tanto Florence Nightingale como Carpenito já referiam nos seus estudos a importância do conforto no cuidado prestado ao doente correspondendo

especificamente a situações como o alívio da dor, náuseas ou vômitos (cit. por Pinto e Conceição, 2008). Nas *Notas sobre Enfermagem* Florence Nightingale (cit. por Apóstolo, 2009) cita o conforto como sendo uma intervenção que proporciona ao doente alívio e bem-estar em que as suas forças vitais são auxiliadas pela remoção de algo que as reprimia. Referiu também que a observação é o instrumento mais importante na promoção do conforto do doente e que as intervenções de enfermagem devem ser ao nível físico, psicológico e social para promover esse mesmo conforto.

Já para Orlando o conforto deve ser visto como sendo uma característica central na satisfação das necessidades humanas através de intervenções de enfermagem que se foquem em aspetos físicos e mentais do doente. Em comparação, Watson, na sua Teoria Humana do Cuidar, caracteriza o conforto como sendo uma condição ambiental que o enfermeiro deve controlar de forma a não permitir alterações internas e externas na pessoa, abordando assim a temática com uma visão sobre intervenções ambientais, e caracterizando a sua teoria numa base de orientação fenomenológica existencial e espiritual. Este mesmo autor define que as atividades de conforto têm como base o suporte, a proteção e correção do desenvolvimento pessoal (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Apóstolo, 2009).

Também Peplau, Roy e Leininger deram contributos teóricos para a compreensão deste conceito. Segundo Peplau, o conforto era visto como sendo a obtenção das necessidades básicas, tais como, alimentação, higiene, repouso e sono, e também da comunicação. Já Roy e Roberts desenvolveram a sua teoria sobre a adaptação da pessoa através da ajuda que o doente tem por parte dos enfermeiros a adaptar-se aos quatro tipos de necessidades: fisiológicos, autoconceito, função de papéis e interdependência (Kolcaba & Kolcaba, Howk e Phillips, cit. por Apóstolo, 2009).

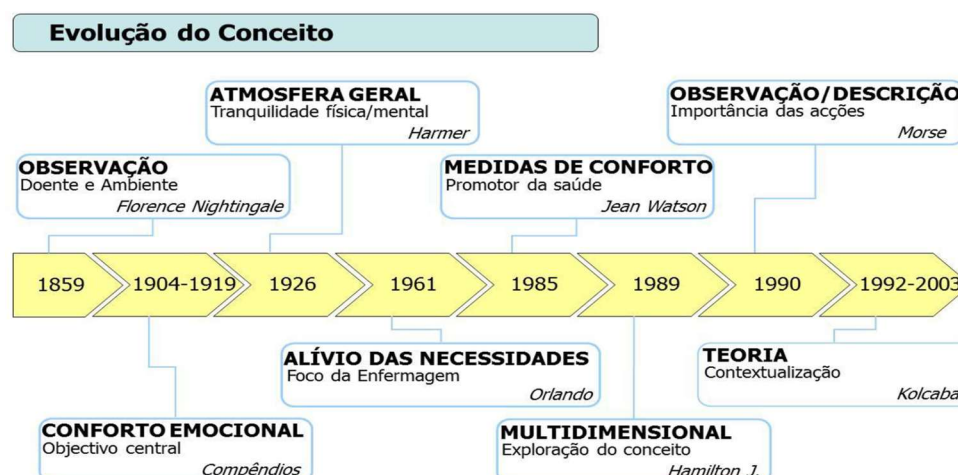
Na sua teoria sobre Cuidados Transculturais, Leininger centralizou-se na descoberta e explicação dos diversos fatores dos cuidados que podem influenciar a saúde, o bem-estar, a doença ou a morte das pessoas, tendo chegado à conclusão que o conforto é um desses fatores e que deveria ser considerado como um *major* da taxonomia do cuidar. Este mesmo autor refere que todo o processo de cuidar deve avaliar o conforto do doente consoante o seu contexto sociocultural e de forma holística (Apóstolo, 2009).

Na revisão sistemática de Siefert (2002, p.16) o conforto é definido como sendo *uma dimensão ou uma componente de processos, de experiências e de conceitos dinâmicos tais como: qualidade de vida, esperança, controlo, tomada de decisão e reconciliação*. Neste mesmo estudo, o autor detetou os atributos do conforto que existem nas teorias e pesquisas da área e assim identificou a comunicação, família

e relações, funcionalidade, características pessoais, sintomas psicossociais e físicos, atividades e estados espirituais, e segurança como sendo as categorias para o agrupamento de todos os atributos do conforto.

Atualmente, e segundo ICN (cit. por OE, 2010), conforto é um *status: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal*. As teóricas Meleis e Kolcaba referem que, sendo a enfermagem um tipo de resposta humana de ajuda e conforto na prática dos cuidados, é importante refletirmos sobre se estas ações são baseadas em conhecimento científico ou em crenças individuais motivadas durante a formação e prática do cuidar (cit. por Ribeiro e Costa, 2012). Segundo Morse (cit. por Ribeiro, 2012), a intervenção de enfermagem que permite obter o conforto do doente é muito complexa e não deve ser vista de uma forma tão linear, como por exemplo, o posicionar e manter quente o doente, mas sim ter competência para avaliar situações de desconforto e *distresse* proporcionando o alívio do sofrimento. Este mesmo autor identifica que a curto prazo o objetivo do enfermeiro no conforto do doente advém da assistência no alívio do desconforto, mas que a longo prazo devemos intervir no conforto numa ótica de manutenção da saúde.

FIGURA. 1: Diagrama da evolução do conceito de conforto



Fonte: Ribeiro, 2012

Resumindo, o conforto, ao longo dos anos, foi sendo referido como uma experiência subjetiva e como uma necessidade humana, muitíssimo valorizada pelo doente (Kolcaba & Kolcaba, Watson e Yoursefi *et al.*, cit. por Oliveira, 2011). Por seu lado, o confortar, tem sido visto como uma *competência de enfermagem* (Benner); um *fator de cuidado* (Watson); uma das *terapêuticas de enfermagem* (Meleis), ou uma *atividade terapêutica* (McMahon). O conforto é assim realçado através de um cuidado confortador, executado através de um processo que decorre na interação enfermeira-doente (Oliveira, 2011, p. 13; Ribeiro e Costa, 2012). A

intervenção de enfermagem de confortar caracteriza-se pela sua complexidade perante a particularidade de cada doente, pelos requisitos de personalidade e de competência por parte do profissional de saúde e pelos requisitos de individualização e das condições ambientais para a intervenção (Oliveira, 2011).

Já Kolcaba, autora da Teoria de Médio Alcance do Conforto, considera o cuidado através do conforto algo simples e intuitivo, e a qual iremos abordar no seguinte capítulo.

1.1. Teoria de Médio Alcance do Conforto de Kolcaba

Conforme já foi referido anteriormente, o conforto é um conceito que ao longo dos anos teve diferentes visões e teorizações. Sem dúvida que Katharine Kolcaba é uma das teóricas de enfermagem que centrou o conceito de conforto no desenvolvimento do seu modelo conceitual.

Kolcaba (cit. por Siefert, 2002) sugeriu que quando as competências dos enfermeiros forem aprimoradas em relação à intervenção sobre o conforto, então os doentes sentir-se-ão fortalecidos e capazes de se envolverem em comportamentos de promoção da saúde. Esta mesma teórica refere que os doentes quando vivem situações de *stress* e desconforto em relação ao seu estado de saúde necessitam de apoio para promover o seu conforto perante a situação, a transição saúde-doença, daí a importância do papel do enfermeiro (Kolcaba, 1995).

Para poder operacionalizar a construção desta teoria, a autora definiu o conforto como sendo uma área complexa e em que os enfermeiros são os profissionais mais bem preparados para intervir sobre o desconforto e sofrimento do doente. A complexidade da estrutura do conforto deve-se à multidimensionalidade da temática, às experiências pessoais e aos diferentes graus de intensidade que estas experiências foram ou são vividas pelos doentes e profissionais de saúde. Para conseguir desenvolver domínios de conceitos complexos Kolcaba criou uma estrutura taxonómica que funcione como um mapa conceitual (Kolcaba, 1992).

Assim, o conforto é visto pela autora (figura 2) como sendo um estado resultante das intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o desconforto,

sendo o conforto a obtenção das necessidades básicas, tais como, alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 1991; 2001). O alívio é o estado em que o doente experimenta a satisfação de uma necessidade estabelecendo o seu funcionamento habitual, a tranquilidade é o estado de calma e contentamento que a pessoa necessita para um desempenho eficiente e a transcendência é o estado em que as pessoas desenvolvem competências para a resolução dos problemas, controlando e elevando-se em relação a estes (Apóstolo, 2009; Kolcaba, 1991; 1992; 2001).

Contudo, e para esta taxonomia estar completa, existe também a divisão do conforto em quatro contextos diferentes em que as situações poderão ocorrer, sendo estes contextos o físico, o psicoespiritual, o ambiental e o social (Kolcaba, 1991; 1992; 2001; Apostolo *et. al*, 2007). O contexto físico refere-se às sensações corporais que o doente poderá vivenciar e o contexto psicoespiritual aborda as sensações e percepções do *eu* interior, ou seja, da consciencialização interna do doente, da autoestima e do autoconceito. Em relação ao contexto social, este é referente às relações interpessoais entre o doente, família e sociedade, sendo que, por último, existe também o contexto ambiental que engloba todos os aspetos e características do ambiente envolvente ao doente, como por exemplo, a temperatura, a cor ou a luz.

FIGURA. 2: Estrutura taxonómica do conforto segundo Kolcaba

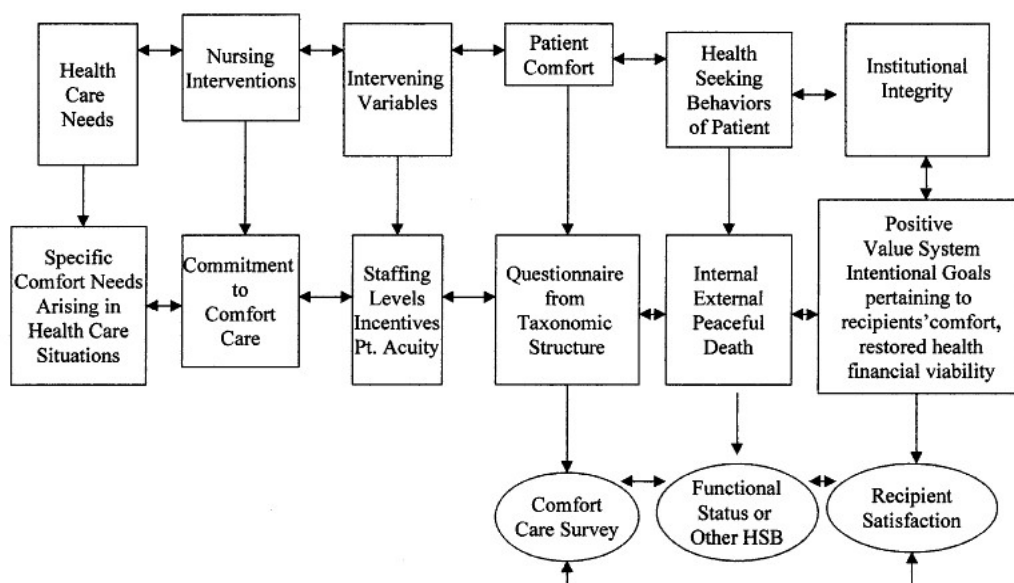
Context in which Comfort Occurs	Type of Comfort		
	Relief	Ease	Transcendence
Physical			
Psychospiritual			
Environmental			
Social			

Fonte: Kolcaba, 2001

Kolcaba apresenta proposições, que descreveu de forma a atingir o aperfeiçoamento dos *outcomes* (figura 3). São estas proposições: 1) os enfermeiros identificam as necessidades de conforto dos doentes; 2) os enfermeiros determinam quais as intervenções necessárias para atuar no desconforto do

doente; 3) os enfermeiros analisam as diferentes variáveis existentes para a conceção das intervenções cujos resultados são obtidos rapidamente; 4) quando o conforto é alcançado, os doentes são incentivados a promover comportamentos de busca de saúde; 5) os enfermeiros e os doentes ficam mais satisfeitos na promoção da saúde quando existe envolvimento e o resultado é reforçado pelas ações reconfortantes; 6) os doentes encontram-se satisfeitos com os cuidados de saúde de uma instituição, mantendo a sua integridade e tendo esta uma componente normativa e descritiva (Kolcaba, 2001). A figura 3 ilustra também a estrutura da teoria do conforto e como é realizada a obtenção dos resultados desejados. Podemos identificar como três principais resultados a determinação dos cuidados/intervenções de conforto, a obtenção de comportamentos de saúde na contínua manutenção do estado funcional com conforto e, por último, a existência de satisfação nos cuidados prestados (Kolcaba, 2001).

FIGURA.3: Teoria do Conforto adaptada aos resultados de pesquisa



Fonte: Kolcaba, 2001

Em suma, segundo Kolcaba (cit. por Apóstolo, 2009), o cuidado de conforto aos doentes implica um processo complexo em que as ações/intervenções de reconfortar levam a resultados, ou seja, o aumento do conforto dos doentes representa o resultado advindo do todo o processo de intervenção. Todo este processo só se encontrará finalizado quando existir esse mesmo resultado, sendo que, não é considerado um processo estanque mas sim com contínuo desenvolvimento.

1.2. Conforto Térmico enquanto Foco de Atenção

Segundo Souza e Costa (2006), os seres humanos são seres homeotérmicos e têm tendência a manter a sua temperatura corporal interna constante, a rondar os 37°C, através do sistema termorregulador. Este tipo de sistema é semelhante a todos os outros sistemas fisiológicos, pois ocorrem por parte do cérebro, mecanismos de *feedback* positivos ou negativos que permitem minimizar as variações térmicas. Estes mecanismos surgem devido a reações do organismo a estímulos de tecidos variados e provenientes de recetores difusamente distribuídos, ou seja, a termorregulação é fundamentada em numerosos e complexos sinais que ocorrem a partir de quase todos os tecidos do organismo.

A avaliação de temperatura corporal deve ser precisa e consistente, sendo da responsabilidade do profissional de saúde a escolha e determinação do melhor método e dispositivo de monitorização da temperatura corporal a utilizar, tendo, também, em consideração alguns fatores, tais como, a acessibilidade do local, o conforto e a segurança do doente (National Guideline Clearinghouse, 2006).

De forma a padronizarmos os conceitos existentes na área, o ICN (cit. por OE, 2010) definiu temperatura corporal como sendo o *calor interno do corpo, relacionado com o metabolismo corporal*. É importante, também, ter-mos presente a definição de hipotermia e hipertermia, pois é neste tipo de desconforto que os enfermeiros irão atuar na promoção do conforto do doente internado. Assim, o ICN (cit. por OE, 2010) refere que, hipotermia é um tipo de *termorregulação comprometida: diminuição da capacidade para regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloereção associada a exposição prolongada ao frio, disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino em condições de frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas, por razões terapêuticas*. Esta mesma instituição menciona que a hipertermia é um tipo de *termorregulação comprometido: diminuição da capacidade para regular o termostato interno, acompanhada de aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia associada com a disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino, choque pelo calor, ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais, por razões terapêuticas*.

Neste processo de termorregulação ocorrem três fases de processamento em que o organismo apresenta respostas fisiológicas para a manutenção da

normotermia: estímulo aferente, regulação central e respostas eferente (Souza e Costa, 2006).

Nos estímulos aferentes ocorre uma detecção, por parte de células termossensíveis existentes por todo o corpo, do frio e do calor. Os recetores de frio despolarizam-se devido à diminuição da temperatura, sendo que os estímulos são transmitidos principalmente através de fibras. Já os recetores de calor despolarizam-se devido ao aumento de temperatura e são importantes em situações de *stress* em que existe calor aumentado, sendo raro uma resposta a temperaturas de pele normal. A transmissão das informações de calor ocorre através de fibras desmielinizadas C, em que estas também detetam e transmitem a dor, provocando algumas vezes uma dificuldade em distinguir-se as dores e o calor. A maioria destes estímulos transpõe a região espino-talâmica na porção anterior da medula espinhal (Souza e Costa, 2006).

Relativamente ao controlo central, este é controlado através do hipotálamo por meio de estímulos térmicos detetados de diversas partes do corpo, tal como da superfície da pele, do neuro-eixo, e dos tecidos profundos, e que promovem uma integração com os limiares de temperatura consoante a resposta termorreguladora. É na espinhal medula e em outras partes do sistema nervoso central que ocorre o pré-processamento da maior parte das informações térmicas (Satinoff, cit. por Souza e Costa, 2006), contudo Simon (cit. por Souza e Costa, 2006) afirma que possivelmente uma parte das respostas termorreguladoras do organismo possa advir da espinhal medula. Segundo Cheng e seus colaboradores e Wyss e seus colaboradores, cerca de 80% do controlo das respostas é determinado através de estímulos térmicos procedentes das estruturas centrais, porém, grande parte dos estímulos é derivada da superfície de pele (cit. por Souza e Costa, 2006).

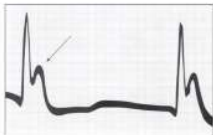
Por último, no decorrer de todo o processo de termorregulação, temos as respostas eferentes. Estas ocorrem quando o organismo reage em resposta às alterações térmicas, ativando os mecanismos efetores. Através de meios metabólicos ou alterações comportamentais, estes mecanismos irão despoletar o aumento da produção de calor, permitindo uma menor perda de calor. Consoante as necessidades do organismo, as respostas à ativação dos mecanismos efetores ocorre de forma gradual, em ordem e intensidade. Por exemplo, o organismo ativa como mecanismo efetor a vasoconstrição antes dos tremores, pois estes últimos são bastantes *dispendiosos*. Os valores da temperatura ambiente tolerados pelo corpo são determinados por estes mecanismos, desde que a temperatura central apresente valores normais (Souza e Costa, 2006).

Segundo O'Brien e seus colaboradores (2010) e Wagner e seus colaboradores (2006), o conforto térmico nos indivíduos é uma resposta subjetiva e individual às condições ambientais e fisiológicas, sendo que o desconforto térmico, causado pela perda excessiva de calor, pode causar ansiedade nos indivíduos, relativamente, à cirurgia que irão realizar, à anestesia a ser administrada, à possível sensação de dor após a cirurgia e à possível imobilização que possam vir a sentir pós-cirurgia.

Já Fanger (cit. por Wagner *et al.*, 2006) definiu conforto térmico como sendo um estado da mente do indivíduo em que este expressa satisfação com o ambiente envolvente. Assim, para haver um balanço térmico corporal, não existem só parâmetros ambientes a ter em conta (temperatura ambiente, temperatura média, velocidade relativa do ar e humidade), mas também parâmetros pessoais, tais como, nível de atividade, índice metabólico e a roupa.

Ao longo dos anos, surgiu então a necessidade de haver mais investigação e ferramentas para avaliar-se o conforto térmico dos indivíduos hospitalizados. Tal como Souza e Costa (2006) referiram na sua revisão da literatura, a hipotermia induzida por fármacos indutores do Sistema Nervoso Central é o foco de atenção para os enfermeiros no decorrer do perioperatório, pois é nesta fase que os doentes começam a referir desconforto e sensação de frio. Os riscos inerentes a este tipo de hipotermia terapêutica são de larga escala e muitas vezes não são detetáveis de imediato, tal como se refere na figura nº4.

FIGURA. 4: Dados clínicos na hipotermia

Leve 32° C a 35° C	Moderada 28° C a 32° C	Profunda < 28° C
Fase inicial, excitação, para se combater o frio: Hipertensão Tremor Taquicardia Taquipnéia Vasoconstrição Com o passar do tempo, inicia-se a fadiga: Apatia Ataxia Diurese "fria" Hipovolemia	Arritmias atriais Redução da FC* Nível de consciência Redução da FR** Dilatação pupilar Depressão do reflexo de Deglutição Redução do tremor Hiporreflexia Hipotensão Ondas de Osbourne- ECG 	Apnéia Coma Redução das atividades do eletroencefalograma Pupilas não reativas Oligúria Edema pulmonar Arritmias ventriculares Assistolia

* Frequência cardíaca ***Frequência respiratória

Fonte: Souza e Costa, 2006

Kolcaba e Wilson (cit. por Wagner *et al.*, 2006) concluíram que o conforto físico do indivíduo hospitalizado também inclui o conforto térmico. Para tal, identificaram o aquecimento pré-operatório como uma intervenção de enfermagem importante para a manutenção do conforto, pois também previne complicações em fases posteriores do perioperatório. Concluíram também que as intervenções na base do conforto, como o aquecimento térmico, deve ser usado de preferência para recuperar e manter o estado de homeostase do indivíduo.

Assim, e de forma a poder-se avaliar as necessidades dos doentes, Wagner e seus colaboradores (2006), criaram a ECT para avaliar doentes no perioperatório, visto que estes apresentam então características específicas, sendo uma delas, as alterações do conforto térmico. Referem também que a temperatura é deveras importante para os cuidados prestados pelos enfermeiros a este tipo de doentes, pois, é o conforto ou desconforto que estes possam sentir durante a cirurgia que irá influenciar no pós-operatório.

A ECT originalmente é composta por 13 itens avaliada por uma escala de Likert de 6 pontos. Esta escala surgiu através da ECG de Kolcaba e da junção de outras escalas e pesquisas na área de forma a permitir a conceção de cada item. Oito itens são diretamente utilizados para avaliar a percepção de temperatura dos indivíduos, um item é utilizado para avaliar a relação enfermeiro-doente e um para avaliar a ansiedade do doente. Esta escala, aquando da sua validação pelos autores, apresentou uma moderada consistência interna e uma boa confiabilidade (Wagner, *et al.*, 2006).

1.3. Características Psicométricas dos Instrumentos

Para se avaliar os instrumentos de medida de um estudo de investigação é importante avaliar a exequibilidade dos testes usados, sendo estas medidas de avaliação objetiva e padronizada de uma amostra. Assim é necessário avaliar as suas medidas psicométricas. Os dois grandes tipos de medidas psicométricas mais relevantes e importantes são a validade e fidelidade. Um instrumento de avaliação deve reunir estas características para ser eficaz no propósito que pretende avaliar.

Relativamente à validade do instrumento, esta dá-nos a indicação até que ponto o procedimento de medição produz a resposta correta, ou seja, é o grau em que o instrumento mede o que supostamente deve medir. Sobre esta propriedade é importante também referir que o que validamos não é o próprio teste mas sim as

inferências e as conclusões deste (Pais Ribeiro, 2010). Segundo Messick (cit. por Pasquali, 2007, p.99), a *validade é um julgamento avaliativo integrado do grau em que a evidência empírica e racionalização teóricas apoiam a adequação e propriedade de inferência e ações baseadas em escores de teste ou outros modos de avaliação.*

Segundo Pasquali (2007, p.105), *os parâmetros de validade e precisão são características do instrumento de medida, do teste, e não da medida feita de um objecto.* Segundo este mesmo autor, a medida do objeto deve ser confiável e legítima caso o instrumento que a produziu for válido, pertinente e preciso. Ao estabelecermos uma validação de um teste, é sempre necessário termos presente o julgamento do investigador perante o valor da evidência que conseguiu produzir no seu estudo (Pais Ribeiro, 2010).

Para determinarmos e avaliarmos a validade de um teste são estudados três tipos de validade: validade de constructo, validade de conteúdo e validade de critério.

Relativamente à validade de constructo, esta é considerada a medida mais nobre focando-se em aspetos mais abstratos e mais persistentes do conceito a medir, sendo que os aspetos abstratos são atributos que literalmente não existem ou não têm uma existência física, sendo considerados *operacionalmente não definidos* (Pais Ribeiro, 2010; Pasquali, 2007, p. 99). A validade de constructo refere-se ao grau de correlação entre as observações e o paradigma teórico, sendo para tal importante referir que, e segundo Anastasi (cit. por Pais Ribeiro, 2010), poderá ser abordada por diferentes métodos de avaliação, tais como, correlação com outros testes, análise fatorial, consistência interna, entre outros. Já sobre a validade de conteúdo, Cronbach & Meehl, e Haynes, Richard & Kubany referem que o *teste constitui uma amostra representativa de um universo de conteúdo* (cit. por Pasquali, 2007, p.99).

Assim a validade de conteúdo refere-se à representatividade do conjunto de enunciados que constituem o conceito a medir, sendo uma validade de *primeira linha* inspecionada por peritos na área em questão, não havendo assim testes ou métodos objetivos que a possam medir. Basicamente é um julgamento e não um exercício de objetividade, estando ligada à conceptualização do constructo e sendo considerada uma validade com teor mais teórico (Pais Ribeiro, 2010).

Por fim, a validade de critério permite, de uma forma empírica, testar o que o instrumento em estudo mede, ou seja, refere-se ao grau de correlação entre esse instrumento e uma outra medida independente. Segundo Anastasi (cit. por Pais Ribeiro, p. 96), *a validade relacionada com um critério indica a eficiência de um teste em prever o comportamento de um indivíduo numa dada situação.*

Conforme já foi referido, outra das características psicométricas de um instrumento é a sua fidelidade. Esta permite ao investigador avaliar o mesmo indivíduo em situações diferentes, e com o mesmo instrumento, obtendo resultados semelhantes em ambas as avaliações (Anastasi, cit. por Pais Ribeiro, 2010). Esta é uma propriedade fundamental dos instrumentos de medida e designa a precisão e constância de resultados, ou seja, é a consistência com que o instrumento mede o atributo e aquela que maximiza a componente verdadeira do score e minimiza o erro, expressando-se pelo coeficiente de correlação. Existem diferentes tipos de fidelidade que podem ser identificados num instrumento: reprodutibilidade ou estabilidade (teste-reteste), formas alternativas, duas metades, fidelidade do cotador e consistência interna (Pais Ribeiro, 2010).

A consistência interna corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida, sendo a nível estatístico usualmente calculada através do coeficiente de *Cronbach*. Os valores permitem obter uma média de intercorrelações entre todos os itens do instrumento, sendo considerada uma boa consistência interna valores superiores a 0,80. Relativamente à reprodutibilidade ou estabilidade, esta é determinada pela concordância das respostas obtidas aquando de avaliações repetidas nas mesmas condições e nos mesmos indivíduos. A nível estatístico, este tipo de fidelidade é obtido através da correlação de *Pearson* para variáveis contínuas e pela correlação de *Spearman* para variáveis nominais ou ordinais. Estes valores devem variar entre 0 e 1, sendo que quanto mais perto de 1 mais estável é o instrumento.

2. METODO

O presente capítulo descreve as opções metodológicas deste estudo. Segundo Pais Ribeiro (2010), a investigação é um processo *rigoroso e sistemático* que se encontra inerente a qualquer prática científica ou profissional, sendo importante haver um excelente conhecimento de base sobre procedimentos metodológicos de forma a permitir um desenvolvimento de contribuições positivas para a temática em estudo.

Os autores Quivy e Campenhoudt (2008, p.15) afirmam que o importante “é, *acima de tudo, que o investigador seja capaz de conhecer e de pôr em prática um dispositivo para a elucidação do real, isto é, no seu sentido mais lato, um método de trabalho. Este nunca se apresentará como uma simples soma de técnicas que se trataria de aplicar tal e qual se apresentam, mas sim como um percurso global do espírito que exige ser reinventado para cada trabalho*”.

Para o desenvolvimento deste projeto seguimos as recomendações descritas por Pais Ribeiro (2010, p.31):

- a) *Uma fase inicial que inclui a decisão de iniciar o projeto e inclui a definição da questão de investigação. A definição da questão inicial impõe uma revisão exaustiva da investigação existente na área a estudar;*
- b) *Uma segunda fase, sensível, que abrange a recolha de dados;*
- c) *Uma terceira fase que abrange a redação do relatório de investigação, e a apresentação de resultados.*

A Investigação em Enfermagem “é um processo *sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspetos da saúde que são de interesse para a Enfermagem. Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena*” (OE, 2010, p. s/d).

2.1. Pertinência e Finalidade do Estudo

Na pesquisa da literatura, o conforto surge essencialmente ligado a atividades terapêuticas e a áreas de atividade industrial relacionadas com a engenharia e com as indústrias de têxtil, do calçado, do desenho de equipamentos e ergonomia, e de criação e manutenção de ambientes confortáveis (temperatura e ventilação). É um fenómeno também estudado em determinados estudos etnográficos, históricos e no campo da educação. Nas ciências humanas, nomeadamente na Psicologia e na Medicina, o conceito mais próximo estudado é o bem-estar (Oliveira, 2011).

Porém, o conforto mostra ser um foco próprio da disciplina de enfermagem, sendo recorrentemente utilizado em contextos da prática bem como na linguagem usual dos enfermeiros (Apóstolo, 2009). Ao longo dos anos têm surgido diversas teorias e concetualizações sobre o conforto que sustentam o cuidar em enfermagem, contudo é uma área com poucos conhecimentos teóricos e poucos estudos desenvolvidos na área. Katharine Kolcaba destacou-se nesta área, ao desenvolver a *Teoria de Médio Alcance do Conforto Geral*. Segundo esta mesma autora, o conforto tem um significado histórico e contemporâneo para a enfermagem, já desde o tempo de Florence Nightingale, tendo sido debatido e estudado ao longo dos anos por autores como Watson e Orlando (Kolcaba, 1991).

Segundo Kolcaba existem vários ângulos na avaliação do conforto da pessoa: características físicas, emocionais e mentais. Com base neste conceito de conforto Wagner e seus colaboradores (2006) desenvolveram uma escala que permite avaliar o conforto térmico que um individuo poderá vivenciar, e que pressupõe cuidados de enfermagem na obtenção da satisfação e qualidade de vida. Este instrumento de avaliação poderá ser útil na realidade portuguesa, em contexto de perioperatório.

Na atualidade do contexto da prática clínica torna-se importante adaptar instrumentos de avaliação em saúde que promovam uma apreciação mais fidedigna do doente e que permitam economizar o tempo despendido nos cuidados. Tal como Meleis e Kolcaba afirmaram, o conforto é uma necessidade humana pela qual a enfermagem está preparada para poder prestar os cuidados mais adequados, tendo sempre como foco a importância do papel de enfermeiro na relação com o doente (cit. por Ribeiro e Costa, 2012).

2.2. Desenho do Estudo

Pais Ribeiro (2010, p.51) afirma que *o desenho e os métodos de investigação constituem uma das partes nobres de qualquer estudo. São estes que permitem, ou não, responder à grande questão de investigação colocada no início, que permitem recolher a informação necessária, do modo apropriado, que permitem identificar e exaltar os aspectos mais importantes da investigação.*

Segundo Bowling (cit. por Pais Ribeiro, 2010), o desenho do estudo reporta-se à estrutura ou plano da investigação e ao método de investigação que engloba os processos, as técnicas, as práticas aplicadas para recolher, processar e analisar os dados do estudo. *Numa realidade humana como a Enfermagem, é imperativo que os enfermeiros adotem uma tradição de investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas. O reconhecimento de que a realidade é dinâmica, é a primeira etapa para estabelecer uma perspetiva verdadeiramente humanista da investigação* (Streubert e Carpenter, 2002, p. 3).

A investigação encontra-se dividida em paradigmas que correspondem a formas de observar os fenómenos e abrangem um conjunto de pressupostos filosóficos que orientam o método de investigação. Neste presente estudo, seguimos um paradigma quantitativo/positivista.

De acordo com a finalidade e objetivos deste trabalho realizou-se assim um estudo metodológico, o qual permite a obtenção, organização e análise de dados, através da elaboração, validação e avaliação de um meio ou instrumento de avaliação. Quanto à dimensão temporal, este estudo é do tipo transversal, uma vez que a obtenção dos dados foi realizada num determinado momento. Este tipo de estudo é prático, relativamente económico e fácil de aplicar, no entanto, não permite avaliar mudanças ou tendências temporais (Polit e Hungler, 2001; Pais Ribeiro, 2010).

2.3. Participantes

Miaoulis & Michener definiram população como sendo o total de observações adequadas que podem ser realizadas num determinado problema. Já Smith afirma

que universo geral refere-se a uma população abstrata ou teórica à qual o investigador quer generalizar os resultados da investigação (cit. por Pais Ribeiro, 2010).

A caracterização de uma amostra pressupõe a identificação da estrutura e/ou conjunto de circunstâncias em que o significado das ações e acontecimentos surge, sendo estes fundamentais para apreender a sua essência (Sousa, 2012). Assim, apesar de não definir a experiência ou assegurar a acção, a caracterização da amostra *identifica os conjuntos de condições nas quais os problemas e/ou situações lhes respondem através de algumas formas de acção/interacção e emoções (processo) e ao fazê-lo geram-se consequências que, por sua vez, podem retornar e ter impacto sobre as condições* (Corbin & Strauss, p. 88, cit. por Sousa, 2012).

Como estratégia de seleção dos participantes, definiu-se critérios de inclusão e exclusão. Assim seleccionaram-se como critérios de inclusão: (1) dar consentimento para participar no estudo; (2) estar consciente e orientado no tempo e espaço. Como critérios de exclusão definiram-se: (1) estar confuso; (2) ter incapacidade de comunicar verbalmente; (3) ter idade inferior a 18 anos.

Seleccionaram-se três locais para recrutar os participantes, por conveniência e acessibilidade aos investigadores: um serviço de Medicina Interna de um hospital geral da região de Braga, 2 blocos operatórios de 2 hospitais gerais do Grande Porto. Assim, neste estudo, o tipo de amostragem é não probabilística de conveniência, pois os elementos foram seleccionados por métodos não aleatórios e não existe forma de calcular a probabilidade de inclusão dos indivíduos, pois nem todos têm hipótese de serem incluídos e são seleccionados consoante disponibilidade para participarem no estudo (Polit e Hungler, 2001; Pais Ribeiro, 2010).

Relativamente à determinação do número de indivíduos que participaram no estudo, definiu-se que seriam 300 indivíduos repartidos pelos três diferentes locais. Definimos este número com base no que Tinsley e Tinsley (cit. por Pais Ribeiro, 2010) afirmaram, que amostras acima de 300 são suficientemente grandes para poderem detetar o efeito estudo tendo uma boa sustentabilidade nos resultados.

2.4. Material

Segundo Polit e Hungler (2001, p.248), *os fenómenos nos quais o pesquisador está interessado devem ser traduzidos em conceitos que possam ser medidos*,

observados, ou registados. A tarefa de seleccionar ou desenvolver métodos para reunir dados está entre as mais desafiadoras no processo de pesquisa. Sem os métodos apropriados de coleta de dados, a validade das conclusões da pesquisa é facilmente posta à prova.

Assim, organizamos os instrumentos de colheita de dados que incluíam as variáveis em estudo. Para o efeito de caracterização da amostra desenvolvemos um questionário sociodemográfico (ANEXO 1). O instrumento de recolha de dados incluía também, a subescala de ansiedade da versão portuguesa da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar de Pais Ribeiro e seus colaboradores (2007), validada a partir da versão original de Zigmond & Snaith (1994). Apenas se usou a subescala de ansiedade, pois a depressão não nos pareceu adequado a sua avaliação. A avaliação da consistência interna desta medida foi neste estudo de 0,68 (valores de alfa de *Cronbach*). A Escala Visual Analógica da Ansiedade, como medida específica e direta para quantificar a ansiedade, medida usada também por Wagner e seus colaboradores (2006). Esta escala corresponde a uma régua com 10 centímetros, em que o valor 0 corresponde “sem ansiedade” e o 10 a “extrema ansiedade” (ANEXO 2).

Outro instrumento que utilizamos foi a ECG, e a qual resultou de um processo de adaptação de versões originais do Questionário do Conforto Geral e do Questionário do Conforto Perioperatório de Kolcaba. Todo este processo foi concretizado pelas quatro investigadoras independentes associadas ao projeto original onde este presente trabalho se inscreve.

Numa primeira fase procedemos à tradução independente dos instrumentos originais, e, através da técnica de *thinking aloud* (Somerén *et al.*, 1994), chegamos a um consenso. Em relação a este tipo de técnica, Pais Ribeiro (2010) refere que é um processo mais direcionado a um julgamento individual do que a um processo metodológico de objetividade. Posteriormente, a versão aprovada por unanimidade foi retrotraduzida por um colaborador bilingue, que não apresentava conhecimento sobre a área, tendo sido, outra vez, analisada e debatida pelas investigadoras.

No decorrer deste procedimento de tradução, foi solicitado à autora das escalas alguns esclarecimentos relativos ao sentido semântico e lexical de alguns itens, sendo que, esta remeteu-os para o Professor Apóstolo, que respondeu a todas as nossas dúvidas sempre que solicitado. A versão experimental deste instrumento, utilizada para a colheita de dados, inclui 24 itens, avaliados através de uma medida do tipo likert, tendo sido dividida a escala em duas partes, ECT e EC (ANEXO 3).

Na construção da sua matriz, e tendo a teoria do conforto de Kolcaba como nosso modelo, os itens foram distribuídos por três dimensões: alívio, tranquilidade e

transcendência (ANEXO 4). Através da análise estatística posteriormente realizada, consistência interna e análise fatorial, eliminamos 12 itens ficando a versão final da ECG reduzida a 12 itens, sendo estes relativos a ambas as subescalas (ECT e EC) e conforme demonstra a Tabela 1.

No que concerne à ECT especificamente, e a qual está a ser validada no presente estudo, recorremos as mesmas etapas até à versão da colheita de dados e que se descrevem no seguinte subcapítulo.

A escala total com os 12 itens apresenta um coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,80. Os valores da consistência interna analisados por subescala mostrou que o Alívio obteve um alfa de 0,73; a Tranquilidade de 0,77 e a Transcendência o valor de 0,58.

TABELA 1: Itens referentes à ECG e sua taxonomia

Itens	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
1.Sinto-me bem com a minha temperatura corporal	X		
2.Sinto-me fora de controlo	X		
3. Sinto-me mal porque não estou vestido	X		
4. Este local cheira mal	X		
5. Sinto-me confiante		X	
6.Sinto-me ansioso		X	
7. Sinto-me calmo		X	
8. Sinto o meu corpo relaxado		X	
9. Sinto que a minha vida vale a pena			X
10. Esta equipa anima-me			X
11. Este ambiente parece-me seguro			X
12. Sinto paz de espírito			X

2.5. Procedimento

A ECT originalmente composta por 13 itens, dos quais 8 avaliam a perceção de temperatura do corpo, um item avalia a relação enfermeiro-doente e um avalia a ansiedade. Existem itens que se encontram invertidos (pela negativa) e que, segundo os autores, devem ser recodificados antes do cálculo final da pontuação da escala. Quanto maior a pontuação maior o conforto térmico da pessoa.

Wagner e seus colaboradores (2006) descrevem a ECT como uma medida unidimensional avaliada por uma escala do tipo likert de 6 pontos. Segundo Polit e Hungler (2001) e Pais Ribeiro (2010), este tipo de medida consiste em várias frases assertivas que manifestam uma ideia sobre um determinado tema pedindo-se ao entrevistado que indique o grau de concordância ou discordância, dentro de uma classificação já padronizada. A ECT adaptada para português manteve 5 pontos de avaliação: 1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não concordo nem discordo; 4- concordo; 5- concordo totalmente.

Para conseguirmos que uma medida de avaliação reúna condições de validade e fidelidade é necessário cumprir requisitos que, tal como Pais Ribeiro (2010) refere, englobam, numa primeira fase, as “regras” sobre a tradução e validação de escalas. Assim, e após realizar-se a pesquisa sobre a temática, procedeu-se à tradução da escala original para a língua portuguesa.

Segundo Brislin, Lonner e Thordike (cit. por Pais Ribeiro, 2010, p.108), o procedimento de tradução engloba três etapas: *1ª. Tradução e retrotradução, independentes, por vários juízes que dominem a língua, o conteúdo e a amostra do estudo; 2ª. Utilização de classificadores que examinem as versões, original, a tradução, e a retroversão para analisar erros; 3ª. Um pré-teste da versão original e da versão traduzida com sujeitos bilingues que não estejam familiarizados com o instrumento de modo a garantir a equivalência entre as duas versões.* Relativamente ao último ponto, este não foi possível realizar pela falta de existência de pessoas bilingues, tornando este ponto *não exequível* (Pais Ribeiro, 2010, p.108). No procedimento de tradução e retrotradução da ECT, realizamos uma primeira tradução para língua portuguesa efetuada por 4 investigadores independentes sem definirmos características da população e, como forma de corroboração. A versão final foi encontrada por consenso através da técnica *thinking aloud* (Somerén *et al.*, 1994).

Realizamos a retroversão junto de um indivíduo de origem inglesa mas sem conhecimentos científicos na área, para assim podermos validar só a linguagem (Bradley, cit. por Pais Ribeiro, 2010). Na versão traduzida deparamo-nos com algumas discrepâncias semânticas e lexicais com a versão original, mas não houve a necessidade de procedermos a uma nova tradução, pois, estas alterações de expressões tinham predominantemente o mesmo sentido.

A *adaptação transcultural* de um instrumento deve, segundo Hays, Anderson e Revicki (cit. por Pais Ribeiro, 2010), conter quatro categorias. A *equivalência da tradução dos itens*, a *equivalência operacional dos itens*, que pretende apurar se as afirmações referentes à utilização do teste na língua original se aplicam na língua em que se tenciona empregar a versão traduzida, a *equivalência da escala*, que

garante que o instrumento avalia as mesmas dimensões em ambas as culturas através da avaliação das características psicométricas semelhantes em ambas as escalas, e a *equivalência métrica da escala*, que permite atestar que os indivíduos se encontram num contínuo em ambas os instrumentos.

Ficamos assim com uma escala constituída por 10 itens. De referir que foram retirados, após tradução e retrotradução, 3 itens da escala original pois não se enquadravam a nível cultural com a população portuguesa e poderiam suscitar respostas dúbias, devido ao facto de especificarem diferentes zonas do corpo (braços, pés e tronco), ficando para isso só um item geral (9 - Sinto frio).

Conforme já foi referido anteriormente, a Teoria do Conforto de Kolcaba pressupõe uma taxonomia específica, por isso, após a finalização da construção da escala para o estudo, os itens foram organizados em grau taxonómico nas categorias: alívio, tranquilidade e transcendência, e subdivididos em físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural (ANEXO 4).

A colheita de dados é a fase mais prática do processo de investigação e é realizada no terreno, pelos investigadores ou por assistentes (Pais Ribeiro, 2010). Relativamente aos métodos de colheita de dados, Quivy e Campenhoudt (2008, p.20) afirmaram que *não há métodos melhores do que os outros: tudo depende dos objetivos, do modelo de análise, e das características do campo de análise. Só conhecemos corretamente um método de investigação depois de o termos experimentado por nós próprios.*

Os instrumentos foram aplicados pelas investigadoras, que se encontravam no terreno, presencialmente, num espaço temporal de cerca de 6 meses. Consoante as características dos participantes, as investigadoras procederiam ao preenchimento dos instrumentos segundo a resposta do indivíduo ou os próprios participantes responderiam diretamente aos mesmos. Segundo Polit e Hungler (2001), este método de colheita de dados é importante quando *à priori* o investigador já sabe qual a informação que quer obter podendo assim estruturar as questões necessárias, sendo esta colheita realizada através de um documento formal e escrito a que se dá o nome de instrumento.

Permite assim colocar a *um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores* (Quivy e Campenhoudt, 2008, p.20).

Polit e Hungler (2001, p.256) referem que com este método o *índice de resposta tende a ser mais alto nas entrevistas face a face; muitas pessoas simplesmente não podem preencher um questionário, por exemplo os idosos; as perguntas têm menos probabilidade de serem mal interpretadas pelos respondentes, pois o entrevistador pode determinar se as questões foram entendidas; os entrevistadores podem produzir informações adicionais através da observação da situação de vida dos respondentes, seu nível de entendimento e seu grau de cooperação.*

2.6. Estratégia de Análise dos Dados

Para o tratamento estatístico dos dados vai ser utilizado o programa SPSS IBM versão 21.0. Ao serem garantidos os pressupostos para a utilização de testes de hipóteses, utilizou-se preferencialmente estatística paramétrica. Primeiramente efetuou-se uma análise exploratória dos dados através de uma análise descritiva das diferentes variáveis, utilizando medidas de tendência central, partição e dispersão.

Utilizou-se a correlação de *Pearson* para avaliar qual a força de associação entre as variáveis contínuas. Para tal, a leitura dos valores de r , e segundo Green e seus colaboradores (1997) e de Pallant (2001) (cit. por Martins, 2006), quando $r \leq 0,2$ devemos considerar a existência de correlações fracas, quando $0,2 < r \leq 0,4$ correlações moderadas e quando $0,4 < r \leq 0,6$ correlações fortes. Segundo os mesmos autores, em ciências sociais e do comportamento, as relações entre variáveis tendem a ter pouca expressividade, sendo admissível estipular valores mais baixos do que os sugeridos por Pestana e Gageiro (2005).

Para comparar as médias entre dois grupos independentes recorreremos ao teste paramétrico t de *Student*. A leitura dos valores do teste foi corrigida através do teste de *Levene*. Na comparação de médias de três grupos recorreremos à ANOVA.

A fidelidade das subescalas foi avaliada através do coeficiente alfa de *Cronbach*, que determina a consistência interna da escala, sendo alcançada com base na média das intercorrelações entre todos os itens da escala; para uma boa consistência interna o valor de alfa deve ser superior a 0,80, mas, e segundo Pais Ribeiro (2010), são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número de itens muito baixo.

Para agrupar os itens num conjunto homogéneo recorreu-se à análise dos componentes principais e, assim, identificou-se a relação de um grupo de itens com as diferentes dimensões, que se exprimiram pelos valores de relação estatística mais elevados (Ribeiro, 2010). Através do método *Varimax* foi usada a rotação ortogonal e para a confirmação do número de fatores utilizou-se os seguintes critérios: (1) eigenvalues >1; (2) exclusão das cargas fatoriais <0,40; (3) cada fator deve explicar no mínimo 5% da variância; (4) aplicação dos princípios de descontinuidade (Almeida & Freire, 2008; Polit & Hungler, 2001).

2.7. Considerações Éticas

Quando os seres humanos são participantes de estudos científicos, devemos garantir a proteção dos seus direitos (Polit e Hungler, 2001). Segundo Fortin (2009), é importante e indiscutível ter as seguintes questões éticas e morais na base de todos os estudos de investigação científica, nomeadamente o recurso ao consentimento livre e esclarecido, restringir ao mínimo o recurso a grupos vulneráveis, respeitar a vida privada e a confidencialidade das informações pessoais, ter em atenção a equidade dos participantes, ponderar o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, reduzir ao máximo os inconvenientes relativos à investigação e otimizar ao máximo as vantagens associadas à investigação.

Na investigação científica, os assuntos relacionados com o consentimento informado, anonimato e confidencialidade, obtenção e tratamento de dados, e relação participante-investigador, implicam novas considerações éticas (Streubert e Carpenter, 2002). Assim sendo, este presente trabalho de investigação assegurou todos os princípios éticos de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo¹, procurando assegurar todos os direitos dos indivíduos envolvidos, ao longo de todas as fases do estudo.

Para tal, foram definidos determinados pontos orientadores:

1. Obtenção de autorização para a colheita de dados na Comissão de Ética Hospitalar e Direcção dos Hospitais (ANEXOS 5 e 6);

¹ Adotada pela 18.ª Assembleia Geral da AMM, Helsínquia, Finlândia, junho 1964, e corrigida pela 29.ª AG da AMM, Tóquio, Japão, outubro 1975, pela 35.ª AG da AMM, Veneza, Itália, outubro 1983, pela 41.ª AG da AMM, Hong Kong, setembro 1989, pela 48.ª AG da AMM, Somerset West, República da África do Sul, outubro 1996, pela 52.ª AG da AMM, Edimburgo, Escócia, outubro 2000, pela 53.ª AG da AMM, Washington 2002 (acrescentado esclarecimento ao parágrafo 29), pela 55.ª AG da AMM, Tóquio 2004 (acrescentado esclarecimento ao parágrafo 30), pela 59.ª AG da AMM, Seul, Coreia, outubro 2008 e 64.ª AG da AMM, Fortaleza, Brasil, Outubro 2013.

2. Obtenção do consentimento informado de todos os participantes no estudo (ANEXO 7).

3. Manutenção da confidencialidade dos indivíduos ao longo de todo o processo de investigação;

4. Obtenção da autorização para a utilização da escala original, por parte da autora (ANEXO 8);

5. Isenção e veracidade na análise e tratamento dos dados, bem como na apresentação das conclusões. Em suma, neste tipo de trabalhos científicos, Polit e Hungler (2001) afirmam que, os três princípios éticos mais importantes integrados na maioria das normas são a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça.

3. RESULTADOS

Neste capítulo iremos explorar e analisar os dados recolhidos, no sentido de validar os objetivos delineados. Os dados recolhidos carecem de ser constantemente examinados, pois permitem que as alterações e as inferências possam ser observadas (Pais Ribeiro, 2010; Polit e Hungler, 2001).

Conforme já foi referido anteriormente, a amostra em estudo são os 301 participantes, cuja média de idade é de 56,31 anos com um desvio padrão (DP) de 17,50, sendo a idade mínima de 19 anos e a máxima de 99 anos. A maioria da amostra estudada é do sexo feminino (53,2%). A escolaridade média da amostra é de 7,81 anos e, a maioria (40,2%) apresentam um índice de massa corporal saudável (<25) (Tabela 2).

TABELA 2: Dados sociodemográficos e clínicos da amostra

	N (%)	Média (DP)	Min-Max
Idade		56,31 (17,50)	19-99
<35	38 (12,6)		
36-49	66 (21,9)		
50-59	72 (23,9)		
69-79	93 (30,9)		
>80	32 (10,6)		
Sexo			
Masculino	141 (46,8)		
Feminino	160 (53,2)		
Escolaridade		7,81 (4,50)	0-20
0	14 (4,7)		
1-4	95 (31,6)		
5-9	93 (30,9)		
10-12	63 (20,9)		
>13	36 (12,0)		
IMC			
Saudável (<25)	121 (40,2)		
Excesso de peso (25-30)	118 (39,2)		
Obesidade Grau I (30-35)	48 (15,9)		
Obesidade Severa ou mórbida (>35)	14 (4,7)		

Através da análise exploratória dos dados, e relativamente aos itens da ECT (Tabela 3), verificamos que a média de cada item de resposta varia entre 3,45 (DP=1,25) e 4,69 (DP=0,54). Este último valor apresenta um comportamento diferente dos restantes, com um efeito de teto, uma vez que a grande maioria dos participantes tendem em concordar completamente com a afirmação. A média de uma medida aritmética permite observar a ponderação dos valores observados pela respetiva frequência absoluta, sendo influenciada por valores extremos. Assim, o item 7 (*Os enfermeiros cuidam de mim*) apresenta uma distribuição muito assimétrica e leptocúrtica com associada a uma pequena dispersão. Por este motivo consideramos que o item deveria ser retirado da escala.

TABELA 3: Escala de conforto térmico: estatística descritiva

	DT	D	NC/ND	C	CT	Media (DP)	Simetria	Curtose
1. Sinto-me bem com a minha temperatura corporal	1 (0,3)	8 (2,7)	14 (4,7)	137 (45,5)	141 (46,8)	4,36 (0,72)	-1,30	2,52
2. Sinto a cadeira/cama fria	160 (53,2)	98 (32,6)	18 (6)	20 (6,6)	5 (1,7)	4,29 (0,96)	-1,51	1,83
3. A temperatura ambiente está amena	0	8 (2,7)	13 (4,3)	158 (52,5)	122 (40,5)	4,31 (0,68)	-0,99	1,69
4. Sinto-me confiante	2 (0,7)	10 (3,3)	37 (12,3)	160 (53,2)	92 (30,6)	4,10 (0,78)	-0,92	1,41
5. Sinto privacidade suficiente	2 (0,7)	3 (1)	4 (1,3)	166 (55,1)	126 (41,9)	4,37 (0,63)	-1,36	5,24
6. Sinto tremores no corpo	169 (56,1)	97 (32,2)	23 (7,6)	10 (3,3)	2 (0,7)	4,40 (0,82)	-1,51	2,29
7. Os enfermeiros cuidam de mim	2 (0,7)	0	0	84 (27,9)	215 (71,4)	4,69 (0,54)	-2,60	12,58
8. Sinto-me ansioso	76 (25,2)	89 (29,6)	42 (14)	81 (29,6)	13 (4,3)	3,45 (1,25)	-0,24	-1,24
9. Sinto frio	157 (52,2)	107 (35,5)	19 (6,3)	15 (5)	3 (1)	4,33 (0,88)	-1,50	2,17
10. Sinto-me fora de controlo	166 (55,1)	74 (24,6)	38 (12,6)	17 (5,6)	6 (2)	4,25 (1,01)	-1,32	1,05

Legenda: DT: Discordo Totalmente; D: Discordo; NC/ND: Não Concordo Nem Discordo; C: Concordo; CT: Concordo Totalmente; DP: Desvio Padrão

Em relação aos restantes itens que fazem parte da ECT, a maioria dos participantes tendem a optar por posições positivas ou negativas, registando-se poucos casos de indecisão. A grande maioria dos participantes expressam conforto

com a sua temperatura corporal associado a um estado emocional sem ansiedade, com confiança e privacidade.

Para testar a validade fatorial procedemos à análise dos componentes principais, com rotação *Varimax*, tendo sido encontrada uma solução fatorial com dois componentes (Tabela 4). Assim, surgiram duas variáveis latentes, que denominamos em Dimensão Física e Dimensão Emocional. A Dimensão Física agrega afirmações predominantemente do foro corporal (1. *Sinto-me bem com a minha temperatura corporal*; 2. *Sinto a cadeira/cama fria*; 3. *A temperatura ambiente está amena*; 6. *Sinto tremores no corpo*; 9. *Sinto frio*; 10. *Sinto-me fora de controlo*). As restantes três afirmações da escala foram denominadas de Dimensão Emocional (4. *Sinto-me confiante*; 5. *Sinto privacidade suficiente*; 8. *Sinto-me ansioso*). A dimensão física explica 48,16% dos resultados e a dimensão emocional 11,21%, assim a ECT explica no total 59,37% do conceito em estudo. O item 3 mostra cargas fatoriais em ambas componentes, contudo apresenta validade discriminante para ser integrado na dimensão física.

TABELA 4: Análise dos componentes principais e cargas fatoriais da Escala de Conforto Térmico

	Dimensões	
	1	2
9. Sinto frio	0,86	
1. Sinto-me bem com a minha temperatura corporal	0,82	
6. Sinto tremores no corpo	0,74	
2. Sinto a cadeira/cama fria	0,74	
10. Sinto-me fora de controlo	0,72	
3. A temperatura ambiente está amena	0,60	0,48
4. Sinto-me confiante		0,69
8. Sinto-me ansioso		0,67
5. Sinto privacidade suficiente		0,64

Legenda: 1- Dimensão Física; 2- Dimensão Emocional

A análise da consistência interna da ECT, avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,84, tendo sido obtidos valores corrigidos de correlação item-escala total entre 0,30 e 0,72. Estes valores são indicativos de uma boa consistência interna.

Analizamos os valores obtidos na ECT e suas dimensões em função da proveniência da amostra. Registamos diferenças significativas entre o conforto térmico das 3 amostras (tabela 5). Os doentes submetidos a anestesia loco regional são os que expressam maior conforto térmico a nível da dimensão física, o que poderá estar associado ao tipo de anestesia que faz um bloqueio sensorial. Os participantes do serviço não cirúrgico hospitalar são os que expressam menor

conforto térmico (dimensão física). Na dimensão emocional apenas se registam diferenças entre o grupo dos participantes do serviço de Medicina quando comparados com os participantes cirúrgicos (não entre estes).

Apesar das diferenças entre as amostras passamos a analisar os dados das 3 amostras na globalidade.

TABELA 5: Valores da Escala de Conforto Térmico segundo as 3 amostras e valores de ANOVA

		N	Média	DP	F(gl)
ECT- Dimensão Física	SM	100	3,72	0,65	F(2,298)=136,44***
	UCPA	101	4,42	0,38	
	BO	100	4,83	0,37	
	Total	301	4,32	0,67	
ECT- Dimensão Emocional	SM	100	3,67	0,60	F(2,298)=21,48***
	UCPA	101	4,03	0,48	
	BO	100	4,21	0,70	
	Total	301	3,97	0,64	
Escala de Conforto Térmico	SM	100	3,69	0,58	F(2,298)=111,84***
	UCPA	101	4,29	0,35	
	BO	100	4,63	0,37	
	Total	301	4,20	0,58	

Legenda: SM – serviço de Medicina; UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (pessoas submetidas a anestesia geral); BO – bloco Operatório (pessoas submetidas a anestesia loco regional)

***p<0,0001

Segundo Polit e Hungler (2001), o índice de correlação mais utilizado em variáveis escalares é o teste de *Pearson* (r), sendo os valores $[1,00 < r > -1,00]$ favoráveis para correlações perfeitas. Assim, quando se procede ao cálculo estatístico da correlação existente entre as duas dimensões da ECT (física e emocional) com a escala total, concluímos que existe uma correlação positiva muito forte entre a dimensão física com a escala global ($r = 0,950$) e uma correlação positiva forte com a dimensão emocional ($r = 0,759$). Estes resultados permitem perceber que o conforto térmico é primariamente influenciado pela perceção física de bem-estar com a temperatura do corpo e do ambiente e em segundo plano pelo estado emocional de segurança e confiança com a situação envolvente.

Para podermos analisar a relação entre a ECT e suas dimensões com a ECG, recorreremos também à correlação de *Pearson* (Tabela 6). Assim, verificamos que,

ambas as escalas se correlacionam de forma forte e positiva ($r=0,84$), o que reflete uma forte associação entre o conforto térmico e o conforto geral. De forma a percebermos melhor esta relação entre as escalas, analisamos também a correlação entre o ECG e as dimensões da ECT e verificamos que, a ECG apresenta uma forte correlação com a Dimensão Física da ECT ($r=0,73$) e com a Dimensão Emocional ($r=0,77$).

Encontramos uma elevada sobreposição entre o conforto térmico e o conforto geral. Porém o conforto global mostra estar mais correlacionado com a dimensão emocional do que a dimensão física do conforto térmico (tabela 5). Verificamos que o Alívio correlaciona-se mais com a Dimensão Física da ECT ($r=0,83$), a Tranquilidade correlaciona-se de forma muito forte com a Dimensão Emocional ($r=0,86$) bem como a Transcendência ($r=0,36$).

TABELA 6: Valores de correlação entre a escala do conforto térmico e a escala do conforto geral

	ECT- DF	ECT- DE	ECT	ECG-T	ECG-A	ECG-Tr
ECT- DE	0,52					
ECT	0,95**	0,76**				
ECG-T	0,47**	0,86**	0,69**			
ECG-A	0,83**	0,44**	0,79**	0,42**		
ECG-Tr	0,29**	0,36**	0,35**	0,36**	0,29**	
ECG	0,73**	0,77**	0,84**	0,84**	0,77**	0,64**

Legenda: ECT- DF: Escala do Conforto Térmico – Dimensão Física; ECT- DE: Escala do Conforto Térmico – Dimensão Emocional; ECT: Escala do Conforto Térmico; ECG-T: Escala do Conforto Geral – Tranquilidade; ECG-A: Escala do Conforto Geral – Alívio; ECG-Tr: Escala do Conforto Geral – Transcendência; ECG: Escala do Conforto Geral

Na tabela 7 podemos analisar a correlação da ECT com outras medidas de bem-estar com a sua temperatura corporal (EVCT), com a ansiedade (avaliada pela subescala da ansiedade da EADH e por uma escala visual analógica de ansiedade) e com as variáveis sociodemográficas idade e escolaridade. Encontramos uma correlação positiva moderada entre a ECT e a EVCT, com um $r=0,42$, o que nos leva a concluir que apesar de ambas as escalas avaliarem o conforto térmico, avaliam diferentes perspetivas.

Já a ansiedade, avaliada através da subescala de ansiedade da EADH, mostrou uma correlação fraca e negativa ($r=-0,25$) com a ECT. Da análise entre a ECT e as características sociodemográficas (idade, escolaridade e IMC) verificamos que em relação à idade, quanto maior a idade menor é o conforto térmico ($r=-0,31$). Relativamente à escolaridade, esta apresenta uma correlação significativa mas de fraca intensidade com o conforto térmico e com a dimensão

física, não havendo qualquer tipo de significância entre a escolaridade e a dimensão emocional. O IMC mostra não ser importante na determinação do conforto térmico.

TABELA 7: Valores de correlações da escala do conforto térmico com a ansiedade, Idade, Escolaridade e IMC

	ECT- Dimensão Física	ECT- Dimensão Emocional	Escala de Conforto Térmico
EVCT	0,45**	0,22**	0,42**
Escala Ansiedade	-0,20**	-0,27**	-0,25**
EVA Ansiedade	-0,33**	-0,32**	-0,37**
Idade	-0,33**	-0,14*	-0,31**
Escolaridade	0,18**	0,06	0,16**
IMC	0,00	0,07	0,03

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Pretendemos também analisar diferenças entre homens e mulheres sobre a percepção do conforto térmico. Assim, através do teste t, analisamos as diferenças de médias da ECT (Tabela 8). Concluimos que, homens e mulheres demonstram ter diferentes percepções de conforto térmico ($t(299)=2,21$; $p=0,028$), apresentando as mulheres maior conforto térmico. Esta diferença é essencialmente conseguida na dimensão física ($t(299)=2,27$; $p=0,024$).

TABELA 8: ECT: Médias, desvio padrão e valores do teste t

	Sexo	N	M (DP)	t (p)
ECT- Dimensão Física	Masculino	141	4,23 (0,60)	2,27 (0,024)
	Feminino	160	4,40 (0,72)	
ECT- Dimensão Emocional	Masculino	141	3,92 (0,62)	1,32 (ns)
	Feminino	160	4,01 (0,66)	
Escala de Conforto Térmico	Masculino	141	4,13 (0,52)	2,21 (0,028)
	Feminino	160	4,27 (0,63)	

4. DISCUSSÃO

Conforme já foi referido anteriormente, este estudo centra-se no conforto térmico dos doentes hospitalizados e em particular no período peri-operatório. Este conceito é importante pois, de acordo com Kolcaba, os enfermeiros no seu dia-a-dia têm por alvo proporcionar conforto à pessoa, quer seja no alívio de sinais e sintomas, na aquisição de tranquilidade ou mesmo na procura de um estado de transcendência que conduza ao bem-estar emocional. Segundo Apóstolo (2009, p,61) o conforto foi descrito por Florence Nightingale como sendo *um elemento dos cuidados de enfermagem vinculado à sua origem e desenvolvimento*. Ao longo dos anos, o conforto foi estudado e conceptualizado por outros autores centrando-o na base da linguagem e dos cuidados de enfermagem. Porém, Kolcaba alinha o conceito de conforto como um metaparadigma de enfermagem dando assim uma nova visibilidade e sentido ao conceito.

Neste documento, para além da operacionalização do conceito, pretendemos criar um indicador de avaliação útil para a prática clínica. Cada vez mais os cuidados prestados aos doentes são avaliados através de indicadores de saúde que, segundo a DGS (2012) definem-se como sendo *instrumentos de medida sumária que refletem, direta ou indiretamente, informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde bem como os fatores que a determinam* (DGS, 2012, p.2). Dos quatro tipos de indicadores de saúde, os designados de Indicadores de Determinantes de Saúde merecem-nos uma atenção particular uma vez que *possibilitam o conhecimento sobre os fatores para os quais há evidência científica quanto à influência sobre o estado de saúde e da utilização dos cuidados de saúde (comportamentos, condições de vida e trabalho, recursos pessoais e ambientais)* (DGS, 2012, p.2).

Sendo o conforto térmico uma parte do conforto geral, bastante valorizado em situações específicas como no contexto perioperatório e com escassa investigação nesta área aplicada à saúde (existe um grande volume de estudos na área da engenharia), faz-nos sentido investir nesta área, pois está associada a um conjunto de intervenções autónomas de enfermagem, nomeadamente na prevenção e

controlo da hipotermia. De facto, no contexto perioperatório o enfermeiro avalia a pessoa num conjunto de aspetos físicos e emocionais que assegurem o período cirúrgico e sua recuperação em segurança e o mais livre de riscos a curto e a médio prazo. Sem dúvida que a prevenção da hipotermia inadvertida é um aspeto fundamental que se relaciona diretamente com o conforto térmico. De forma a podermos utilizar o conforto térmico como indicador de saúde, e de qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros (Meleis, cit. por Ribeiro e Costa, 2012) é necessário que esta medida seja reconhecida como válida e fiável. Assim, o presente estudo pretende dar uma contribuição nesta área, ao propor uma medida que avalie o conforto térmico. Analisamos a validade e a fidelidade desta escala de forma a poder ser utilizada na população portuguesa. Estas duas propriedades psicométricas permitem ajuizar acerca da eficácia daquela medida.

Para o efeito recorremos a três amostras, duas provenientes do contexto perioperatório e uma de um serviço hospitalar não cirúrgico, o qual serviu de controlo. As amostras apresentavam diferenças entre si quanto aos valores de conforto térmico, porém relacionando com os dados sociodemográficos faz-nos sentido essas diferenças. Assim, no serviço de Medicina os participantes apresentavam um quadro clínico mais complicado, sendo os participantes mais velhos. Por este facto não ficamos surpreendidos ao encontrar neste grupo valores mais baixos de conforto térmico (quer na dimensão física quer na dimensão emocional). Os participantes provenientes da UCPA tinham sido submetidos a anestesia geral, correspondiam a pessoas mais jovens, trabalhadores com cobertura de seguros de saúde e atendidos numa instituição privada. No período pós cirurgia ficaram mais expostos à perceção de frio devido ao tipo de anestesia. Os participantes da terceira amostra correspondem na grande maioria a mulheres, um pouco mais velhas que a amostra cirúrgica anteriormente descrita, com patologia do foro osteoarticular que foram submetidas a correção cirúrgica através de anestesia loco regional. Apesar do tipo de amostragem utilizada ser não probabilística, e portanto sem possibilidades de procedermos a inferências, pensamos que este padrão de resposta seja encontrado em outros contextos e que esteja relacionado com o tipo de anestesia e variáveis sociodemográficas dos participantes, nomeadamente idade sexo e condição de saúde.

A análise dos dados da ECT permite assim perceber que a escala é discriminativa em função do tipo (padrão) de participante. Percebemos que os participantes cirúrgicos (doentes cirúrgicos em perioperatório de raquianestesia e doentes cirúrgicos de pós-operatório de anestesia geral) apresentam características de risco de hipotermia e alterações no seu conforto térmico subjacentes ao facto de lhes ser, não só administrados fármacos que bloqueiam o sistema nervoso central e

que não permitem respostas de termorregulação, mas também ao facto de haver uma grande exposição corporal à temperatura ambiente (a 23°C – 24°C). O facto de apesar disto apresentarem valores de maior conforto quando comparados com os participantes não cirúrgicos leva-nos a pensar que os enfermeiros estarão focados neste aspeto e rapidamente atuam no sentido de assegurar o mais rápido possível o conforto.

A hipotermia não-intencional ou inadvertida tem repercussões sistémicas, tais como, taquicardias, taquipneias, vasoconstricções, apatia, ataxia e hipotensão, e numa fase mais tardia até mesmo apneias e coma. Assim, o papel dos enfermeiros nestes casos advém de intervenções de vigilância da temperatura corporal e do controlo do conforto térmico através da utilização de estratégias de aquecimento do ambiente e da própria pele exposta do doente (Souza e Costa, 2006).

A evidência científica demonstra que os doentes que se sentem confortáveis ficam mais fortalecidos, conseguem superar melhor as dificuldades e os obstáculos, adaptam-se melhor às limitações, curam-se mais depressa e reabilitam-se de uma forma mais completa, relativamente aos que estão desconfortáveis (Kolcaba, 1994, 2003; Kolcaba e Wilson, 2002; Ribeiro, 2012).

A análise dos resultados obtidos permite para além da visualização do perfil dos participantes, fundamentarmos a consistência e compreensão linguística do instrumento em estudo, concluindo que é passível de ser aplicado a qualquer indivíduo adulto que apresente processos cognitivos preservados.

Quanto à estrutura da escala propomos que a versão portuguesa integre 9 dos 10 itens, ou seja, uma estrutura muito semelhante à original. No nosso contexto o item 7 (os *enfermeiros cuidam de mim*) parece não contribuir para uma melhor eficácia da medida. De facto os valores de simetria e achatamento e o efeito de teto do item faz com que as respostas dos doentes sejam tendencialmente positivas e com uma dispersão que demonstra não existir grande variância das respostas. Através da análise semântica do item leva-nos a refletir que não são diretamente os profissionais de saúde que influenciam o conforto térmico do doente hospitalizado mas sim as suas intervenções. Segundo diversos autores o conforto deve ser visto como sendo um estado que resulta das intervenções que os enfermeiros proporcionam aos doentes, logo é visto como uma meta do cuidar (Apostolo, 2009).

O padrão de resposta encontrado demonstra que as intervenções de enfermagem de prevenção e manutenção da temperatura corporal foram eficazes. Não devemos, contudo, esquecer que grande parte dos doentes foram submetidos a um bloqueio neurológico, advindo da administração de anestésicos, e por este facto isentos de sensação neurosensorial e assim sem capacidade de referirem o desconforto que possam na realidade sentir (Souza e Costa, 2006).

Wagner e seus colaboradores (2006) advogam para prevenir possíveis casos de hipotermia em doentes no perioperatório a utilização de técnicas e estratégias de aquecimento do doente antes de qualquer procedimento cirúrgico e anestésico, pois estas, não só permitem a redistribuição do calor pelo corpo, como também fica gravado na memória do doente o conforto que sentia antes da sedação e assim diminui a sua ansiedade. Quando mecanismos específicos efetores são inibidos (por exemplo, tremores prevenidos pela administração de relaxantes musculares), a margem de segurança tolerável é diminuída. Desta forma, a percepção da temperatura poderá permanecer normal, a menos que outros mecanismos efetores estejam também, impedidos de compensar as necessidades impostas. Quantitativamente, as medidas comportamentais (por exemplo, vestimentas apropriadas, mudança de temperatura ambiental ou de ambientes, posicionamentos em oposição à exposição de maiores superfícies da pele, e realização premeditada de movimentos voluntários) são os mais importantes mecanismos efetores (Souza e Costa, 2006).

Se a hospitalização – situação de transição – é considerada um momento de stress para o doente e família, podendo representar diversas ameaças (Ribeiro e Costa, 2012, p. s/i), o momento cirúrgico é sem dúvida um momento duplamente significativo, associado a uma grande fonte de stress e a riscos físicos.

A análise fatorial conduzida sugere que a escala seja bidimensional com uma dimensão a avaliar os aspetos físicos associados ao conforto térmico e outra dimensão a avaliar os aspetos emocionais. Wagner e seus colaboradores (2006) não analisaram a ECT quanto à sua dimensionalidade, porém a análise dos dados por nós conduzidos permite perceber diferenças no comportamento do conforto térmico em função das suas dimensões. Os resultados encontrados apontam para uma adequada validade fatorial do instrumento de medida.

As correlações encontradas entre a ECT e a ECG, e as escalas de ansiedade validam a sua validade concorrente e divergente. A particular correlação entre a ECT e a ECG mostra que o conforto térmico é sem dúvida um componente importante do conforto global. A associação entre ECT e EVCT e as diferenças de médias entre os participantes classificados por conforto/desconforto pela EVCT permitem não comprovar mas dar uma indicação segura acerca da sua validade de critério.

Com base na associação encontrada, e espectável, entre o conforto térmico e a ansiedade, ou seja maior conforto (geral e térmico) menor ansiedade, faz-nos todo o sentido a avaliação da ansiedade nos doentes em contexto perioperatório. Dado que o valor de correlação entre as escalas de ansiedade usadas apresentam uma forte correlação ($r=0,58$) e tendo em conta que a escala visual analógica da

ansiedade é bastante mais simples de aplicar que a escala de ansiedade da EADH, sugerimos que a ansiedade passe a ser avaliada apenas pela EAVA e indiretamente pela ECT (uma vez que esta escala integra um item que avalia este estado).

Os resultados espelham que, quanto maior a idade menor o conforto térmico, e que a dimensão física é a tem maior influencia no conforto do idoso. Se as crianças possuem uma capacidade notável de regulação da temperatura corporal, os mais velhos apresentam maior risco de hipotermia porque têm mais debilidades, ou fazem medicamentos que diminuem a eficácia das respostas termorreguladoras. Massa muscular diminuída, doenças neuromusculares e relaxantes musculares, inibem o tremor, fatores que acabam por elevar a temperatura mínima ambiente tolerável (Souza e Costa, 2006). Assim os idosos apresentam alterações fisiopatológicas que não permitem uma regulação térmica tão eficaz como a de um jovem adulto.

Os limiares de vasoconstrição e de sudorese são 0,3°C a 0,5°C mais alto em mulheres que homens (Souza e Costa, 2006), o que de certa forma justificam os dados em que as mulheres apresentam maior conforto térmico, sendo este com maior significado a nível da dimensão física.

Podemos afirmar que existe correlação entre a ECT e a escolaridade, mas esta tem um significado muito fraco, o que nos permite sugerir que a escolaridade não será um fator importante na avaliação do conforto térmico dos indivíduos hospitalizados.

Todos os dados até agora relatados permitem ajuizar acerca da validade da ECT. Também o valor do coeficiente alfa de *Cronbach* encontrado (alfa de 0,84) aponta para uma grande intercorrelação entre os itens e sugerem uma boa consistência interna. Assim, a ECT parece reunir um conjunto de propriedades métricas para ser aceite e utilizada na prática clínica (ANEXO 9).

CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste trabalho permitiu obter uma nova visão e novos conhecimentos sobre a área do conforto. Comungamos a noção partilhada por muitos autores quando referem que, na prática, os enfermeiros baseiam-se no conforto dos doentes, de forma a melhorar a sua qualidade de vida e promover o seu potencial de saúde. Assim, desenvolvermos uma aprendizagem crítica e reflexiva dos saberes e das práticas existentes através de um novo prisma.

Tal como defende Kolcaba (1994) o conforto está diretamente ligado aos cuidados de enfermagem através de intervenções ligadas a fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais, através de cuidados holísticos e centrados na pessoa. Assim, o conforto pode ser olhado em diferentes ângulos. Neste trabalho, procuramos operacionalizá-lo como uma medida, de forma a se poder quantificar e qualificar o conforto dos doentes hospitalizados.

Os resultados encontrados sugerem que o instrumento em análise apresenta boas características psicométricas, nomeadamente de validade e de fidelidade, podendo ser utilizada com segurança na prática clínica. Ao longo do estudo, testamos algumas características que asseguram a sua utilização num contexto perioperatório. Após a fase inicial de seleção e tradução dos itens, a ECT apresentou-se com 9 itens específicos, constituindo assim uma medida simples e breve, consideração fundamental para a sua utilização.

Uma conclusão major que podemos retirar da análise dos dados e é o fato do conforto, tanto térmico como geral, ser uma perceção individual essencialmente determinado pela componente física, mas com grande influência da componente emocional. Outra grande conclusão reporta-se ao conforto térmico como uma dimensão com grande impacto na determinação do conforto global.

O objetivo do estudo foi assim concretizado ao propor uma medida válida e fiável para o contexto português. Esperamos no futuro gerar resultados indutores de novas investigações e de novas abordagens tanto no contexto perioperatório como na temática sobre a promoção do conforto, e que poderão conduzir a uma melhoria da qualidade dos cuidados.

Relativamente às limitações ocorridas e sentidas ao longo deste trabalho, podemos afirmar que estas, numa fase inicial, relacionaram-se com a diminuta investigação e pesquisa científica na área do conforto, o que fez com que tivéssemos que explorar mais a área e abordar a temática através do nosso juízo crítico.

A multidimensionalidade do conforto e a abrangência da sua aplicação no contexto clínico, a nosso ver, deve ser mais explorada permitindo cuidados mais holísticos ao indivíduo.

Em forma de conclusão, citamos Chinn e Watson (Cit. por Kolcaba, 1995, p.287), *the art of nursing is the capacity of human being to receive another human being's expression of feelings and to experience those feelings for oneself...it is lived, expressed, and co-created in the caring moment.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. S.; FREIRE, T. - *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. 4ª Ed. Braga: Psiquilibrios Edições, 2007. ISBN 978-972-97388-5-2

APÓSTOLO, J – O Conforto nas Teorias de Enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência* [Em Linha]. II série, N° 09 (Março, 2009), p. 61-67. [consult. 25/10/2013]. Disponível na internet: http://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26

APÓSTOLO, J.; KOLCABA, K.; MENDES, A. et al. – Development and psychometric evaluation of the Psychiatric in Patients Comfort Scale. Elsevier, 2007. *Enfermaria Clinica* [Em Linha]. Vol 17, N° 1 (Janeiro, 2007), p. 17-23. [consult. 25/10/2013]. Disponível na internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862107717606>

FORTIN, M. – *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) – *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – versão 2.0* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.

KOLCABA, K – A Taxonomic Structure for the Concept Comfort: *Image: Journal of Nursing*: [Em Linha]. Vol 23, N° 4 (Outubro, 1991), p. 237-240. [consult. 25/10/2013]. Disponível na internet: <http://www.thecomfortline.com/files/pdfs/1991%20-%20Taxonomic%20Structure%20of%20Comfort%20Theory.pdf>

KOLCABA, K – *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Reaserch*. New York: Springer Publishing Company Inc. 2003. ISBN: 0-8261-1669-7.

KOLCABA, K. – A theory of holistic comfort for nursing: *Journal of Advanced Nursing*: [Em Linha]. N° 19 (Outubro, 1994), p. 1178-1184. [consult. 25/10/2013]. Disponível na internet: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20-%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>

KOLCABA, K; KOLCABA, R.– An analysis of the concept of comfort: *Journal of Advanced Nursing*: [Em Linha]. N° 16 (Abril, 1991), p. 1301-1310. [consult. 25/10/2013]. Disponível na internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ed7a972b-8c35-45ec-8830-7f2ca0cefaed%40sessionmgr4004&vid=2&hid=4114>

KOLCABA, K. – Concept Analysis of comfort: *Nursing Forum*: [Em Linha]. Vol. 37, N° 4 (Outubro, 2002), p. 16-23. [consult. 25/10/2013]. Disponível na internet: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6198.2002.tb01288.x/pdf>

KOLCABA, K. – Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research: *Nursing Outlook*: [Em Linha]. Vol. 49, N° 2 (2001), p. 86-92. [consult. 25/10/2013]. Disponível na internet: http://ac.els-cdn.com/S0029655401435986/1-s2.0-S0029655401435986-main.pdf?_tid=28c83de8-926c-11e3-9a6e-00000aabb0f01&acdnat=1392048079_7e2456d66e3b46a1d7611c489c7ee78d

KOLCABA, K. - GENERAL COMFORT QUESTIONNAIRE: [Em Linha]. [consult.25/10/2013]. Disponível na internet: <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html>

KOLCABA, K. - Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome: *Journal of Advanced Nursing*: [Em Linha]. Vol. 15, N° 1 (1992), p. 1-10. [consult.25/10/2013]. Disponível na internet: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1992%20-%20Holistic%20comfort%20operationalizing.pdf>

KOLCABA, K. - The Art of Comfort Care: Image: *Journal of Nursing*: [Em Linha]. Vol 27, N° 4 (Outubro, 1995), p. 287-289. [consult. 25/10/2013]. Disponível na internet: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1995%20-%20The%20art%20of%20comfort%20care.pdf>

KOLCABA, K; WILSON, L. – Comfort care: a framework for perianesthesia nursing: *American Society of PeriAnesthesia Nurses*. [Em Linha]. Vol 17, N° 2 (Abril, 2002),

p. 102-114. [consult. 25/10/2013]. Disponível na internet: http://ac.els-cdn.com/S1089947202700038/1-s2.0-S1089947202700038-main.pdf?_tid=b7228e54-926c-11e3-bd72-00000aacb35f&acdnat=1392048317_1d79a9b2d6c8356d76a84a0783f2bfbe

NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE – Clinical guideline for the prevention of unplanned perioperative hypothermia. *American society of perianesthesia nurses* [Em linha] (Outubro, 2001), p. 1-13. consult. 25/11/2013]. Disponível na internet: http://or.org/pdf/HYPOTHERMIA_GUIDELINE10-02.pdf

O' BRIEN, D; ANDERSON, J.; MORRIS, M. - Comfort, Satisfaction, and Anxiolysis in Surgical Patients Using a Patient-Adjustable Comfort Warming System: A Prospective Randomized Clinical Trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*.: [Em Linha]. Vol 25, N° 2 (Abril, 2010), p. 88-93. [consult. 25/11/2013]. Disponível na internet: http://ac.els-cdn.com/S1089947210000420/1-s2.0-S1089947210000420-main.pdf?_tid=212921d0-926f-11e3-b74c-00000aacb362&acdnat=1392049354_6e05f2d8b3c975d6f64646381b0015fb

OLIVEIRA, C. - *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2011. Tese de doutoramento

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - Browser CIPE. [Em linha]. Lisboa: 2010. Disponível na internet: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento de Competências Comuns do enfermeiro Especialista. [Em Linha]. Lisboa: 2010. Disponível na internet: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

PAIS RIBEIRO, J – *Metodologias de Investigação em Psicologia da Saúde*. 3ª Ed. Porto: Legis Editora, 2010. ISBN: 978-989-8148-46-9.

PASQUALI, L. – Validade dos testes psicológicos: Será possível reencontrar o caminho?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Em Linha]. Vol. 23 (2007), p. 099-107. [consult. 25/10/2013]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23nspe/18>

PESTANA, M.H.; GAGEIRO, J.N. - *Análise de dados para ciências sociais : a complementaridade do SPSS*. 4ª Ed. Lisboa: Edições Silabo, 2005. ISBN 972-618-391-X

PINTO, V.; CONCEIÇÃO, A. – Os enfermeiros na espiral do conforto. *Revista Sinais Vitais* [Em Linha]. ISSN 0872-8844, Nº 80 (Setembro, 2008), p. 05-12. [consult. 26/03/2014]. Disponível na internet: <http://biblioteca.esenf.pt/plinkres.asp?Base=ANALI&Form=COMP&StartRec=0&RecPag=5&NewSearch=1&SearchTxt=%22TI%20Os%20enfermeiros%20na%20espiral%20do%20conforto%22>

POLIT, D. F.; BECK, C. T. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. ISBN: 978-85-363-2545-3.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. – Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Indicadores e Metas em saúde [Em Linha]. Lisboa. (Janeiro, 2012). [consult. 10/01/2015]. Disponível na internet: [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores e Metas em Saude .pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores_e_Metas_em_Saude_.pdf)

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. – *Manual de investigação em ciências sociais*. 5ªed. Lisboa: Gradiva, 2008. ISBN: 978-972-662-275-8

RIBEIRO, P. - *A Natureza Do Processo De Conforto Do Doente Idoso Crónico Em Contexto Hospitalar: Construção De Uma Teoria Explicativa: Projecto Integrado de Vivência e Cuidado Co-criado*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, 2012. Tese de doutoramento

RIBEIRO, J.; *et al.* – Validation Study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *PubMed*. [Em Linha]. (março, 2007), p. 1-13. [consult. 25/10/2013]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17365902>

RIBEIRO, P.; COSTA, M. – O conforto do doente idoso cronica em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista Referência* [Em Linha]. Vol.III, nº 7 (Julho, 2012), p. s/i [consult. 25/10/2013]. Disponível na internet: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

SIEFERT, M. – Concept analysis of comfort. *Nursing Forum*. [Em linha]. Vol. 37, nº4 (Outubro – Dezembro, 2002), p. 16-23 [consult. 25/10/2013]. Disponível na internet: http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1744-6198.2002.tb01288.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER

SOMEREM, M.; BARNARD, Y.; SANDBERG, J. – The Think Aloud Method: A practical guide to modelling cognitive processes. *Loundon: Publishing by Academic Press*. 1994. ISBN: 0-12-714270-3.

SOUZA, V.; COSTA, J. – Anestesia e neurologia: Hipotermia: Evidências Científicas. *Medicina perioperatório* [Em Linha]. (2006), p. 539-560. [consult. 25/10/2013]. Disponível na internet: <http://www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/Hipotermia.pdf>

STREINER, D.; NORMAN, G. – Health measurement scales, a practical guide to their development and use. 4ª Edition. *Oxford University Press*. 2008. ISBN: 978-6-19-968521-9.

STREUBERG, H. J; CARPENTER, D. R. - *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência, 2002 ISBN: 972-8383-29-0

WAGNER, D.; BYRNE, M.; KOLCABA, K – Effects of Comfort Warming on Preoperative Patients. *AORN Journal*: [Em Linha]. Vol 84, Nº 3 (Setembro, 2006), p. 427-448. [consult. 25/10/2013]. Disponível na internet: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3e3581d1-b166-4e89-9f7d-8ff4a00e2169%40sessionmgr113&vid=6&hid=121>

WATSON, J. – Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-33-9.

WILSON, L.; KOLCABA, K. – Practical Application of Comfort Theory in the Perianesthesia Setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*:. [Em Linha]. Vol 19, Nº 3 (Junho, 2004), p. 164-173. [consult. 25/11/2013]. Disponível na internet:

[http://ac.els-cdn.com/S1089947204000966/1-s2.0-S1089947204000966-
main.pdf?_tid=52050164-926c-11e3-b784-
00000aab0f6c&acdnt=1392048148_e75e72d50c180731da4306d66580faaf](http://ac.els-cdn.com/S1089947204000966/1-s2.0-S1089947204000966-main.pdf?_tid=52050164-926c-11e3-b784-00000aab0f6c&acdnt=1392048148_e75e72d50c180731da4306d66580faaf)

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento de colheita de dados

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Número de Processo:

Motivo de internamento:

Tempo de internamento:

Individuais

Q 1. Idade Anos _____

Q 2. Sexo Masculino ☐ Feminino ☐

Q 3. Qual é a sua altura? Metros _____

Q 4. Qual é o seu peso? Kg _____

Q 5. Qual o seu grau de escolaridade? (Nº Anos) _____

Q 6. Quantas horas tem de jejum? Horas _____

Q 7. Temperatura corporal (auricular) °C _____

Q 8. Patologias associadas Sim ☐ Não ☐
Se sim, quais _____

Externos

Q 9. Temperatura ambiente °C _____

Q 10. Humidade relativa % _____

Q 11. Tempo cirúrgico (Caso se aplique) Min. _____

Q 12. Fluidoterapia em curso Sim ☐ Não ☐

Q 13. Medicação (antibióticos; ansiolíticos) Sim ☐ Não ☐

Q 14. Nível de atividade Não se aplica ☐ Deambula ☐ Acamado ☐

Q 15. Método de proteção térmica
Vestuário _____

Manta Aquecimento Sim ☐ Não ☐

ANEXO 2

**Subescala da Ansiedade Hospitalar e Escala
Visual Analógica da Ansiedade**

Escala de Avaliação da Ansiedade Hospitalar

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) na opção que melhor descreve a forma como se sente. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

Item nº	Questão	Opção	
Q 1.	Sinto-me tenso/a ou nervoso/a ?	Quase sempre	
		Muitas vezes	
		Por vezes	
		Nunca	
Q 2.	Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer ?	Sim e muito forte	
		Sim, mas não muito forte	
		Um pouco, mas não me aflige	
		De modo algum	
Q 3.	Tenho a cabeça cheia de preocupações ?	A maior parte do tempo	
		Muitas vezes	
		Por vezes	
		Quase nunca	
Q 4.	Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a ?	Quase sempre	
		Muitas vezes	
		Por vezes	
		Nunca	
Q 5.	Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago ?	Nunca	
		Por vezes	
		Muitas vezes	
		Quase sempre	
Q 6.	Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a ?	Muito	
		Bastante	
		Não muito	
		Nada	
Q 7.	De repente, tenho sensações de pânico ?	Muitas vezes	
		Bastantes vezes	
		Por vezes	
		Nunca	

Fonte: PAIS E RIBEIRO [et al], 2006)

Escala Visual Analógica da Ansiedade

Numa escala de 0 a 10 em que medida classifica a sua ansiedade neste momento. Faça um círculo no valor correspondente.



ANEXO 3

Escala do Conforto Geral e Térmico (versão experimental)

Escala de Avaliação do Conforto Geral

Abaixo encontram-se algumas afirmações que podem corresponder à situação de maior ou menor conforto que a pessoa sente durante a sua hospitalização. Por favor, assinale com um círculo o valor de cada resposta na quadrícula adequada.

**Discordo
totalmente**
1

Discordo
2

**Não concordo /
Nem discordo**
3

Concordo
4

**Concordo
totalmente**
5

Escala de Avaliação do Conforto Térmico

Item nº	Descrição	Classificação				
1	Sinto-me bem com a minha temperatura corporal	1	2	3	4	5
2*	Sinto a cadeira/cama fria	1	2	3	4	5
3	A temperatura ambiente está amena	1	2	3	4	5
4	Sinto-me confiante	1	2	3	4	5
5	Sinto privacidade suficiente	1	2	3	4	5
6*	Sinto tremores no corpo	1	2	3	4	5
7	Os enfermeiros cuidam de mim	1	2	3	4	5
8*	Sinto-me ansioso	1	2	3	4	5
9*	Sinto frio	1	2	3	4	5
10*	Sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5

Escala de Avaliação do Conforto

Item nº	Descrição	Classificação				
1	Sinto o meu corpo relaxado	1	2	3	4	5
2	Sinto que a minha vida vale a pena	1	2	3	4	5
3*	Este local assusta-me	1	2	3	4	5
4*	Eu tenho receio do que vem a seguir	1	2	3	4	5
5	Sinto-me calmo	1	2	3	4	5
6	O ruído neste local não é perturbador	1	2	3	4	5
7*	Necessito de ser melhor informado sobre a minha saúde	1	2	3	4	5
8	Esta equipa anima-me	1	2	3	4	5
9	Este ambiente parece-me seguro	1	2	3	4	5
10*	A cama/cadeira magoa-me	1	2	3	4	5
11	Sinto paz de espírito	1	2	3	4	5
12*	Sinto-me mal porque não estou vestido	1	2	3	4	5
13*	Este local cheira mal	1	2	3	4	5
14	Sinto que vou ficar fisicamente bem	1	2	3	4	5

Fonte: KOLCABA K., WAGNER D., 2003; KOLCABA K., BYRNE M., 2006

Escala Visual Analógica do Conforto Térmico (Autoria de Carmen Daniela Barbosa Gomes Alves)

Numa escala de 0 a 10, em que medida classifica o seu conforto neste momento. Faça um círculo no valor correspondente.



ANEXO 4

Escala do Conforto Geral e Térmico e sua Taxonomia

Escala de Avaliação do Conforto Perioperatório

Abaixo encontram-se algumas afirmações que podem corresponder à situação de maior ou menor conforto / desconforto que a pessoa sente durante a sua permanência na sala de operações. Por favor, assinale, com um círculo o valor de cada resposta, na quadrícula adequada.

**Discordo
totalmente**
1

Discordo
2

**Não concordo /
Nem discordo**
3

Concordo
4

**Concordo
totalmente**
5

Taxonomia	Item nº	Descrição	Classificação				
TQ_FI	1	Sinto-me bem com a minha temperatura corporal	1	2	3	4	5
AL_AM	2*	Sinto a cadeira/cama fria	1	2	3	4	5
TQ_AM	3	A temperatura ambiente está amena	1	2	3	4	5
TQ_PE	4	Sinto-me confiante	1	2	3	4	5
AL_AM	5	Sinto privacidade suficiente	1	2	3	4	5
AL_FI	6*	Sinto tremores no corpo	1	2	3	4	5
AL_SC	7	Os enfermeiros cuidam de mim	1	2	3	4	5
AL_PE	8*	Sinto-me ansioso	1	2	3	4	5
AL_FI	9*	Sinto frio	1	2	3	4	5
AL_PE	10*	Sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5
TQ_FI	11	Sinto o meu corpo relaxado	1	2	3	4	5
TR_PE	12	Sinto que a minha vida vale a pena	1	2	3	4	5
AL_AM	13*	Este local assusta-me	1	2	3	4	5
AL_PE	14*	Eu tenho receio do que vem a seguir	1	2	3	4	5
TQ_PE	15	Sinto-me calmo	1	2	3	4	5
TQ_AM	16	O ruído neste local não é perturbador	1	2	3	4	5
TQ_SC	17*	Necessito de ser melhor informado sobre a minha saúde	1	2	3	4	5
TR_SC	18	Esta equipa anima-me	1	2	3	4	5
TR_AM	19	Este ambiente parece-me seguro	1	2	3	4	5
AL_AM	20*	A cama/cadeira magoa-me	1	2	3	4	5
TR_PE	21	Sinto paz de espírito	1	2	3	4	5
AL_PE	22*	Sinto-me mal porque não estou vestido	1	2	3	4	5
AL_AM	23*	Este local cheira mal	1	2	3	4	5
TR_FI	24	Sinto que vou ficar fisicamente bem	1	2	3	4	5

Classificação taxonómica da Escala de Avaliação Conforto Perioperatório (EACPO)

* Ítem invertido

AL_FI - Alívio Físico	6 ; 9
AL_PE - Alívio Psicoespiritual	8; 10; 14; 22
AL_AM - Alívio Ambiental	2; 5; 13; 20; 23
AL_SC - Alívio Sociocultural	7
TQ_FI - Tranquilidade Física	1; 11
TQ_PE - Tranquilidade Psicoespiritual	4; 15
TQ_AM - Tranquilidade Ambiental	3; 16
TQ_SC - Tranquilidade Sociocultural	17
TR_FI - Transcendência Física	24
TR_PE - Transcendência Psicoespiritual	12; 21
TR_AM - Transcendência Ambiental	19
TR_SC - Transcendência Sociocultura	18

Fonte: KOLCABA K., WAGNER D., 2003; KOLCABA K., BYRNE M., 2006

ANEXO 5

**Pedidos de autorização aos hospitais para
implementação do estudo**

Exmo. Presidente da Comissão Executiva do Hospital de Braga

Eu, Ana Catarina de Freitas Martins, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem-Porto, e enfermeira no serviço de Medicina Interna do Hospital de Braga, pretendo realizar um trabalho de investigação no âmbito da dissertação de mestrado que tem como objetivo a adaptação da Escala do Conforto Térmico de Wagner, Byrne e Kolcaba para o contexto português.

Assim, proponho explorar e refletir sobre os benefícios das medidas de conforto térmico que poderão fornecer evidências aplicáveis à tomada de decisão na prática de cuidados de qualidade durante a hospitalização, em associação à ansiedade sentida neste episódio.

Venho, por este meio, solicitar a autorização a Vossa Excelência para aplicar os instrumentos nos serviços de Medicina Interna, numa amostra de conveniência de 100 doentes, com idade igual ou superior a 18 anos, conscientes e orientados, que aceitem participar no estudo, e com capacidade para comunicar verbalmente.

Em anexo poderá ser consultada a declaração de consentimento informado destinada aos participantes, bem como, os instrumentos a aplicar. A recolha de informação será efetuada pela investigadora após anuência e parecer positivo das entidades respectivas.

Disponibilizo-me para qualquer outro esclarecimento adicional, deixando o meu contacto: 915604234 / acatarinamartins@hotmail.com.

Atenciosamente,

Ana Catarina de Freitas Martins

Braga, 15 de Janeiro de 2014

Exma. Direcção do Serviço de Medicina Interna do Hospital de Braga

Eu, Ana Catarina de Freitas Martins, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem-Porto, e enfermeira no serviço de Medicina Interna do Hospital de Braga, pretendo realizar um trabalho de investigação no âmbito da dissertação de mestrado que tem como objetivo a adaptação da Escala do Conforto Térmico de Wagner, Byrne e Kolcaba para o contexto português.

Assim, proponho explorar e refletir sobre os benefícios das medidas de conforto térmico que poderão fornecer evidências aplicáveis à tomada de decisão na prática de cuidados de qualidade durante a hospitalização, em associação à ansiedade sentida neste episódio.

Venho, por este meio, solicitar a autorização a Vossas Excelências para aplicar os instrumentos nos serviços de Medicina Interna, numa amostra de conveniência de 100 doentes, com idade igual ou superior a 18 anos, conscientes e orientados, que aceitem participar no estudo, e com capacidade para comunicar verbalmente.

Em anexo poderá ser consultada a declaração de consentimento informado destinada aos participantes, bem como, os instrumentos a aplicar. A recolha de informação será efetuada pela investigadora após anuência e parecer positivo das entidades respectivas.

Disponibilizo-me para qualquer outro esclarecimento adicional, deixando o meu contacto: 915604234 / acatarinamartins@hotmail.com.

Atenciosamente,

Ana Catarina de Freitas Martins

Braga, 15 de Janeiro de 2014

Exm. S^a Diretora Geral e S^o Diretor Clínico
do Hospital de Santa Maria-Porto
D^a Lurdes Serra Campos
D^o Mesquita Montes

Carmen Daniela Barbosa Gomes, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem-Porto, pretende realizar um trabalho de investigação no âmbito da dissertação de mestrado que tem como objetivos:

- Construir uma escala análoga/visual para avaliação do conforto térmico (EAVCT);
- Estudar a validade de critério, fidelidade e utilidade do instrumento desenvolvido;
- Estudar a sensibilidade da EAVCT em doentes cirúrgicos submetidos a anestesia geral.

Com o presente estudo perspetiva-se explorar e refletir sobre os benefícios das medidas de conforto térmico que poderão promover um maior conforto à pessoa durante a experiência perioperatória e fornecer evidências aplicáveis à tomada de decisão na prática de cuidados de qualidade.

Para a consecução deste estudo, pretende-se recolher informação a 100 pessoas que experienciaram uma cirurgia numa unidade cuidados pós anestésicos (UCPA). A aplicação do questionário (em anexo) requer um tempo médio de 10 minutos. Para participar no estudo a pessoa terá que dar o seu consentimento, ter idade igual ou superior a 18 anos, estar consciente e orientada e ter capacidade de comunicar verbalmente. Mais se garante o cumprimento de todos os procedimentos éticos constante na Declaração de Helsínquia.

Vem, por este meio, solicitar autorização a Vossa Excelência para aplicar o instrumento desenvolvido.

Atenciosamente,
Porto, 28 Janeiro 2014

Exmo. S^o Presidente da Comissão de Ética
do Hospital de Santa Maria-Porto
Prof. D^o Jorge Mergulhão Tavares

Carmen Daniela Barbosa Gomes, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem-Porto, pretende realizar um trabalho de investigação no âmbito da dissertação de mestrado que tem como objetivos:

- Construir uma escala análoga/visual para avaliação do conforto térmico (EAVCT);
- Estudar a validade de critério, fidelidade e utilidade do instrumento desenvolvido;
- Estudar a sensibilidade da EAVCT em doentes cirúrgicos submetidos a anestesia geral.

Com o presente estudo perspetiva-se explorar e refletir sobre os benefícios das medidas de conforto térmico que poderão promover um maior conforto à pessoa durante a experiência perioperatória e fornecer evidências aplicáveis à tomada de decisão na prática de cuidados de qualidade.

Para a consecução deste estudo, pretende-se recolher informação a 100 pessoas que experienciaram uma cirurgia numa unidade cuidados pós anestésicos (UCPA). A aplicação do questionário (em anexo) requer um tempo médio de 10 minutos. Para participar no estudo a pessoa terá que dar o seu consentimento, ter idade igual ou superior a 18 anos, estar consciente e orientada e ter capacidade de comunicar verbalmente. Mais se garante o cumprimento de todos os procedimentos éticos constante na Declaração de Helsínquia.

Vem, por este meio, solicitar autorização a Vossa Excelência para aplicar o instrumento desenvolvido.

Atenciosamente,
Porto, 07 de Janeiro de 2014

Exmo Senhor
Presidente da Comissão de Apoio Executivo
do Hospital da Prelada

Assunto: Pedido de autorização para realização de projeto de investigação

Nome do investigador principal: Isaura do Carmo Dias Moreira Carvalho
Nº Mecanográfico: 201295

Título do projeto de investigação:

"Hipotermia e conforto peri-operatórios – eficácia e custos de um sistema de isolamento térmico"

Isaura do Carmo Dias Moreira Carvalho, enfermeira no Bloco Operatório desta Instituição, a frequentar o curso de Doutoramento na Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Doutor Abel Salazar, pretende, nesse âmbito, realizar um trabalho de investigação, cujos objetivos se prendem com a comparação da eficácia e dos custos de um sistema de isolamento térmico de 3 camadas, no controlo da hipotermia e do conforto térmico, em pessoas submetidas a artroplastia total do joelho, face à manta de ar quente forçado - sistema recomendado internacionalmente e em uso neste Hospital. Prevendo o recurso a duas escalas, como forma de operacionalizar a avaliação do conforto térmico, propõe-se ainda levar a cabo a prévia validação das mesmas.

Pretendendo realizar no Bloco Operatório deste Hospital o projeto de investigação e a validação das escalas de conforto térmico, ambos em epígrafe, solicita a V. Exa. autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexa toda a informação em dossier (projeto de investigação e declarações de consentimento informado) e endereça pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética.

Mais informa que o estudo será acompanhado no Bloco Operatório, pelo Exmo. Sr. Dr. Vítor Carvalho, Diretor do Serviço de Anestesia.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 19 / Março / 2014

Pede deferimento,



(Isaura do Carmo Dias Moreira Carvalho)

ANEXO 6

**Documentos comprovativos da autorização dos
hospitais**

[Imprimir](#)[Fechar](#)

Projecto de Investigação: “Adaptação da Escala do Conforto Térmico de Wagner, Byrne e Kolcaba para o Contexto Português”

De: **Aline Cabral De Vasconcelos** (Aline.Vasconcelos@hospitaldebraga.pt)
Enviada: segunda-feira, 17 de março de 2014 12:17:18
Para: acatarinamartins@hotmail.com (acatarinamartins@hotmail.com)

Exma. Sra. Enf. Ana Catarina Martins,

A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB), após analisar o processo relativo ao projecto de investigação clínica intitulado " *Adaptação da Escala do Conforto Térmico de Wagner, Byrne e Kolcaba para o Contexto Português*", deliberou a emissão do seguinte parecer que passo a reproduzir:

" Eticamente nada a opor à realização do projecto"

Informa-se o deferimento da Comissão Executiva do Hospital de Braga ao projecto apresentado, considerando o parecer favorável da Direcção Clínica e da CESHB que entendeu nada ter a opor do ponto de vista ético.

Melhores cumprimentos,



Aline Vasconcelos

Centro Clínico Académico

Hospital Braga

Sete Fontes - S. Victor 4710-243 Braga

Tel.: 351 253 027 249 Ext.: 11010

Tlm.: 915 303 511



HOSPITAL DE SANTA MARIA - PORTO

Exma. Senhora,
Enfª Carmen Daniela Barbosa Gomes
Rua de Vila Nova, nº 203
4595-132 PAÇOS DE FERREIRA

Nº ref: DG/RC

Viref:

Data: 2 de Abril de 2014

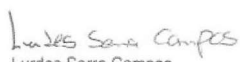
Assunto: Trabalho de Investigação Escala Análoga / visual do Conforto Térmico
Estudo das Propriedades Psicométricas

Exma. Senhora,

Em resposta ao requerimento relativo à realização de um trabalho de investigação no âmbito da dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vimos pelo presente informar que a sua realização no Hospital de Santa Maria-Porto se encontra autorizada no pressuposto do cumprimento das orientações transmitidas quer pelo Director Clínico, Dr. Mesquita Montes, quer pelo Prof. Dr. Jorge Tavares, Presidente da Comissão de Ética do Hospital, cujo parecer se junta.

Informamos ainda que será solicitado ao Senhor Professor Jorge Tavares o favor de acompanhar tecnicamente a implementação do trabalho.

Desejando o maior sucesso neste trabalho de investigação coloco-me ao dispor e apresento os meus melhores cumprimentos,


Lurdes Serra Campos
Directora-Geral

c.c.: Dr. Mesquita Montes
Prof. Doutor Jorge Tavares
RH



Extrato da Ata Nº 3 da Comissão de Ética das Unidades Operacionais de Saúde da Santa Casa
da Misericórdia do Porto

" Hipotermia e conforto peri-operatórios – eficácia e custos de um sistema de isolamento térmico" da responsabilidade da Sra. Enfermeira Isaura Carvalho, a ser desenvolvido no Hospital da Prelada – também este projeto obteve parecer favorável.

*Para dar cumprimento
a Sr. Enfa. Isaura Carvalho.*

Para dar cumprimento a
CAE

[Signature]
DIRECTOR CLÍNICO
(Dr. Vazão Pinto)

14/6/17

A Secretária da Comissão de Ética

Anabela Monteiro

ANEXO 7

Consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR NO ESTUDO

“Adaptação da Escala do Conforto Térmico para a população portuguesa”

Parte I

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações à investigadora se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

A investigação que pretendemos realizar tem por objetivo adaptar para a língua portuguesa um instrumento que avalia o conforto/desconforto térmico em pessoas internadas numa unidade de cuidados. Enquadra-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Pretendemos com este estudo contribuir para uma prática de Enfermagem de excelência, explorando o conceito de conforto térmico e reflectindo sobre os cuidados de enfermagem a nível do conforto térmico e da ansiedade hospitalar.

O estudo conta com a orientação científica da Professora Doutora Teresa Martins Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e como co-orientadora a Enfermeira Isaura Carvalho, Mestre em Ciências da Enfermagem e Enfermeira a exercer funções no bloco operatório do Hospital da Prelada.

Pretendemos que cada participante preencha um questionário, respondendo a questões acerca do Conforto e ansiedade.

Asseguramos o anonimato, a confidencialidade e a garantia da participação livre e informada no preenchimento dos questionários, em ambiente de privacidade.

Esta participação não terá qualquer tipo de incentivo/recompensa ou punição, podendo, em qualquer momento, abandonar o estudo, sem que daí resulte qualquer prejuízo.

O presente estudo conta com o apoio do Escola Superior de Enfermagem do Porto, contudo sem financiamento, sendo os custos com a investigação no terreno assegurados pela investigadora principal, não se prevendo contrapartidas para os/as participantes.

Os incómodos para o/a participante residem na disponibilização de tempo para a participação durante o processo. Pensamos, no entanto, que os benefícios em termos de inovação, desenvolvimento do conhecimento da disciplina e melhoria das práticas profissionais no futuro superarão este incómodo.

Gratos pela disponibilidade dispensada ao nosso pedido,

Braga, ____ de ____ de 2014

[CONTINUA NO VERSO]

Assinatura da investigadora responsável

De acordo com a Declaração de Helsinquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Adotada pela 18.ª Assembleia Geral da AMM, Helsinquia, Finlândia, junho 1964, e corrigida pela 29.ª AG da AMM, Tóquio, Japão, outubro 1975, pela 35.ª AG da AMM, Veneza, Itália, outubro 1983, pela 41.ª AG da AMM, Hong Kong, setembro 1989, pela 48.ª AG da AMM, Somerset West, República da África do Sul, outubro 1996, pela 52.ª AG da AMM, Edimburgo, Escócia, outubro 2000, pela 53.ª AG da AMM, Washington 2002 (acrescentado esclarecimento ao parágrafo 29), pela 55.ª AG da AMM, Tóquio 2004 (acrescentado esclarecimento ao parágrafo 30), pela 59.ª AG da AMM, Seul, Coreia, outubro 2008 e 64.ª AG da AMM, Fortaleza, Brasil, Outubro 2013.

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdiip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Parte II

Declaro ter lido e compreendido este documento, a informação e explicação que me foi fornecida acerca do estudo proposto pela investigadora, é suficiente.

Foi-me dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora.

Foi-me assegurado que a participação neste estudo está de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia e convenção de Oviedo, e versaram a finalidade, os objetivos e o conteúdo das perguntas a que irei responder. Igualmente foi-me garantido que posso recusar a participar sem qualquer implicação no acesso e seguimento hospitalar. Também foram-me garantidas confidencialidade da informação colhida e o anonimato.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

_____, ____ de _____ de 2014

Assinatura do/a participante:

ANEXO 8

**Documento comprovativo da autorização da
autora da escala**

[Imprimir](#)[Fechar](#)

De: **Isa Carvalho** (isa.c.carvalho@gmail.com)
Enviada: segunda-feira, 23 de fevereiro de 2015 05:35:26
Para: Carmen Gomes (carmendanielagomes@gmail.com); Ana Catarina Martins (acatarinamartins@hotmail.com); Teresa Martins (teresam@esenf.pt)

----- Forwarded message -----

From: **Kathy Kolcaba** <kathykolcaba@yahoo.com>
Date: 2013-10-17 15:52 GMT+03:00
Subject: Re: Thermal Comfort Scale
To: Isa Carvalho <isa.c.carvalho@gmail.com>, JOAO APOSTOLO <apostolo.joao@gmail.com>

You have my permission to translate and use the Thermal Comfort Instrument that I developed for the study you cited. Please also note that you have a wonderful resource in Coimbra who is a professor of nursing, fluent in English, and has co-authored studies and articles with me. I included his name on this e-mail.
Best regards,
Dr. Kolcaba

Dr. Kathy Kolcaba
Associate Professor (Emeritus)
The University of Akron
Adjunct Faculty, Ursuline College
www.TheComfortLine.com

On Thursday, October 17, 2013 5:07 AM, Isa Carvalho <isa.c.carvalho@gmail.com> wrote:
Dear Dr. kolcaba

My name's Isaura Carvalho, am a nurse and I'm starting the PhD in nursing science at the University of Porto, Portugal.

I am preparing a research project that aims to test the effectiveness of a thermal insulation system on thermal comfort of peri-operative orthopedic patients.

I would ask permission to translate, adaptate and use the Thermal Comfort Inventory developed by You, Dr Wagner and Dr Byrne, and be instructed on how to formalize the request.

I am fully available for more information

Grateful for the attention

Best regards

Isaura Carvalho

ANEXO 9

**Escala do conforto térmico validada para a
população portuguesa**

Escala de Avaliação do Conforto Térmico

Abaixo encontram-se algumas afirmações que podem corresponder à situação de maior ou menor conforto que a pessoa sente durante a sua hospitalização. Por favor, assinale com um círculo o valor de cada resposta na quadrícula adequada.

**Discordo
totalmente
1**

**Discordo
2**

**Não concordo /
Nem discordo
3**

**Concordo
4**

**Concordo
totalmente
5**

Item nº	Descrição	Classificação				
1	Sinto-me bem com a minha temperatura corporal	1	2	3	4	5
2*	Sinto a cadeira/cama fria	1	2	3	4	5
3	A temperatura ambiente está amena	1	2	3	4	5
4	Sinto-me confiante	1	2	3	4	5
5	Sinto privacidade suficiente	1	2	3	4	5
6*	Sinto tremores no corpo	1	2	3	4	5
7*	Sinto-me ansioso	1	2	3	4	5
8*	Sinto frio	1	2	3	4	5
9*	Sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5

* Itens invertidos